Processo de Enfermagem: da teoria à prática

Processo de Enfermagem: da teoria à prática em cuidados intensivos

Carla Argenta
Edlamar Kátia Adamy
Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt

Processo de Enfermagem: da teoria à prática

Processo de Enfermagem: da teoria à prática em cuidados intensivos

Carla Argenta
Edlamar Kátia Adamy
Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt

UNIVERSIDADE
FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL

Revisão dos textos
Autores

Preparação e revisão final
Marlei Maria Diedrich

Projeto Gráfico
Mariah Carraro Smaniotto

Diagramação
COMUNICA (Agência de Comunicação EIRELI)

Capa
Mariah Carraro Smaniotto

Divulgação
Diretoria de Comunicação Social

Formato do e-book
e-Pub, Mobi e PDF

P963 Processo de enfermagem: da teoria à prática em cuidados intensivos / organizadoras: Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt, Edlamar Kátia Adamy, Carla Argenta . – Chapecó : Ed. UFFS, 2022. – 175 p. : il. color. (Coleção Processo de Enfermagem: da teoria à prática ; v. 2).

ISBN: 978-65-86545-69-2 (PDF).
978-65-86545-70-8 (e-pub).
978-65-86545-71-5 (Mobi).

1. Enfermagem de tratamento intensivo. 2. Enfermagem – Prática. 3. Processo de enfermagem. I. Bitencourt, Julia Valeria de Oliveira Vargas (org.). II. Adamy, Edlamar Kátia (org.). III. Argenta, Carla (org.) . IV. Série.

CDD: 610.73

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Bibliotecas – UFFS
Franciele Scaglioni da Cruz
CRB - 14/1585

SUMÁRIO

Apresentação da Coleção

A Coleção Processo de Enfermagem: da teoria à prática consiste na produção de obras com teor didático e pedagógico, cuja principal finalidade é a formação em enfermagem.

O Processo de Enfermagem (PE) é a ferramenta metodológica de trabalho do enfermeiro; nesse contexto, estruturar conhecimento filosófico e teórico sobre o método de aplicação do cuidado de enfermagem é condição "sine qua non", tanto quanto habilidades técnicas para operacionalizar o PE, que materializa a prática do cuidado.

A Coleção constitui-se de oito livros que permitem aos leitores dessas obras, profissionais dos serviços, professores e estudantes aliarem e perceberem a articulação entre a teoria e prática, pois o que se discute nas obras demonstra a aplicação na prática do PE diversas redes de atenção à saúde, nas quais enfermeiros produzem a assistência em enfermagem. O primeiro volume – Processo de Enfermagem: história e teoria – foi publicado em 2020.

Essa interface cuidadosamente ressaltada nas obras oportuniza e oferece caminhos aos profissionais da área para a desmistificação acerca das lacunas existentes entre a dimensão teórica e prática da atuação em saúde para a enfermagem, resultando em uma práxis factualmente. E, como tal, uma prática embasada em método científico e sustentada no cotidiano da assistência; logo, uma prática melhorada e quiçá avançada.

Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt
Organizadora da Coleção Processo de Enfermagem: da teoria à prática

Prefácio

Antecipo-me agradecendo às organizadoras o convite e o desafio de escrever o prefácio de uma obra de tamanha contribuição na formação e no mundo do trabalho de profissionais da enfermagem, especialmente dos que atuam ou têm planos de trabalhar em unidades de terapia intensiva (UTI).

Considerando a evolução do conhecimento no cuidado ao paciente crítico e o surgimento constante de novas tecnologias e saberes, este livro traz os elementos fundamentais para a construção de evidências científicas na implantação e implementação do processo de enfermagem (PE) avançado, alicerçado pelos Sistemas de Linguagens Padronizadas (SLP) de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

A compreensão histórica do estabelecimento das UTI e do papel do enfermeiro nesse cenário é enriquecedora, para que, ao longo dos capítulos, o leitor possa contemplar todos os passos na operacionalização do PE. Na formação ou na atuação em UTI, o PE deve ser entendido em todas as suas etapas, a fim de qualificar a assistência no alcance dos melhores resultados em saúde.

Além de trazer como base a metodologia do PE, com uma linguagem simples e completa, o livro destaca a importância do trabalho coletivo em nível institucional, desenvolvido a partir da união entre academia e serviço, subsidiando a prática profissional e a própria execução do PE. Dessa forma, apropriar-se de sua leitura aproxima a teoria à prática e é um ato de cuidado consigo e com o outro, pois proporciona conhecimento científico e, consequentemente, ampliação do olhar em nossa profissão.

Em termos de busca de melhorias na assistência e com qualidade, as UTI são ambientes singulares; nesse sentido, a obra traz a importância da gestão do acompanhamento e aperfeiçoamento do PE, a qual deve ocorrer de forma sistemática, seja por meio de auditorias ou pelo desenvolvimento do raciocínio clínico.

Para finalizar, desejo uma boa leitura, que, com certeza, os instigará a aprimorar seus conhecimentos sobre o PE, principalmente, no cuidado a pacientes críticos em terapia intensiva.

Dra. Isis Marques Severo

Enfermeira do Centro de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Docente do Programa Adulto Crítico da Residência Integrada Multiprofissional do HCPA e do Curso de Especialização em Terapia Intensiva do HCPA-Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Apresentação do volume

“Processo de Enfermagem: da teoria à prática em cuidados intensivos” constitui o segundo volume da Coleção “Processo de Enfermagem: da teoria à prática”. Trata-se de uma coletânea de textos cujo objetivo é tornar público, a professores, estudantes e profissionais, um produto que compila o esforço coletivo sustentado pela integração ensino e serviço, disponibilizando material com o qual se pretende subsidiar o processo de ensino e aprendizagem e as práticas de educação permanente relativas ao tema Processo de Enfermagem desenvolvido junto ao paciente internado em terapia intensiva.

O primeiro capítulo deste livro destaca as etapas do Processo de Enfermagem (PE), mostrando a estruturação das evidências científicas intrínsecas à metodologia, revelando ao leitor a importância em se realizar o cuidado no cotidiano da assistência com base na metodologia do PE.

O segundo elucida acerca dos aspectos históricos fundantes das UTI, mostrando a complexidade inerente à atenção em saúde desenvolvida nestes cenários, reforçando, dessa forma, o papel da aplicação do PE na UTI.

De maneira minuciosa, o terceiro capítulo descreve como se estruturou o trabalho que o grupo de professores, estudantes e profissionais do serviço desenvolveram por meio da parceria estabelecida para criar as ferramentas necessárias à operacionalização das etapas do PE na prática clínica. Nesse sentido, o leitor tem a oportunidade de vislumbrar a riqueza da criação coletiva.

A apresentação do produto, ferramenta criada, denominada matriz, constitui o quarto capítulo. Trata-se da compilação das escolhas, decisões dialogadas, discutidas no grupo, que contou com especialistas no assunto, pois, juntamente com professores e estudantes, os profissionais da UTI compuseram o trabalho, reunindo conhecimento na área de atenção à saúde em questão com conhecimento da realidade dos pacientes internados no serviço.

O quinto e último capítulo coloca o leitor frente a mais uma ação de esforço coletivo, pois diante da criação e implementação da tecnologia de operacionalização das etapas do PE na prática clínica, necessário se faz estruturar a gestão do acompanhamento e aperfeiçoamento desta tecnologia. Desta vez, esta ação foi orquestrada pela Comissão do Processo de Enfermagem (COMPEnf), criada na instituição Hospitalar Associação Lenoir Vargas Ferreira – Hospital Regional do Oeste, para responsabilizar-se pela implantação e implementação do PE.

Assim, o livro, de seu início ao fim, mostra a experiência desenvolvida na UTI do Hospital Regional do Oeste, fruto do trabalho coletivo estabelecido na relação academia e serviço. Esse trabalho, além de subsidiar a prática profissional, também fundamenta na instituição de ensino o aprendizado do PE, aproximando a realidade e tornando fluido o que se configura como relação entre teoria e prática.

CAPÍTULO 1

O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA CONSTRUÇÃO DE EVIDÊNCIAS PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Taline Bavaresco
Marcos Barragan da Silva
Carla Argenta
Miriam de Abreu Almeida
Amália de Fátima Lucena

INTRODUÇÃO

A enfermagem brasileira tem pautado seu saber-fazer pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e pelo Processo de Enfermagem (PE), que se tornaram requisitos legais a partir da Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). A Resolução considera que a SAE "organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização das etapas do Processo de Enfermagem", embasado em um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, o planejamento das intervenções e dos resultados de enfermagem, de forma a orientar e documentar a prática profissional.[1,2]

Segundo o COFEN, o PE deve ser realizado em todos os ambientes públicos ou privados, onde ocorre o cuidado de enfermagem, representando o caminho a ser trilhado pelos profissionais de enfermagem na execução da prática clínica,

embasados em diferentes referenciais teóricos.[1,3-5] Assim, as etapas do PE preconizadas pelo COFEN em 2009 e reafirmadas em 2012, pela Resolução 429, que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, independente do meio de suporte, seja em papel ou meio eletrônico, são:

I- **Investigação ou Coleta de dados** (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a coleta e o registro de informações sobre a pessoa, família ou comunidade (anamnese e exame físico) e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.[1]

II- **Diagnóstico de Enfermagem** – processo de raciocínio clínico por meio de análise, interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa do PE, que culmina com a tomada de decisão sobre os diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou comunidade em dado momento do processo saúde e doença. Esses diagnósticos constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados adequados para a manutenção ou restabelecimento do nível de saúde.[1]

III- O raciocínio clínico é um processo de pensamento que guia a prática profissional, sendo um processo dinâmico, composto por uma sequência de pensamentos para tomar decisões sobre as ações necessárias de acordo com o julgamento da situação de saúde-adoecimento que a pessoa em atendimento apresenta. O julgamento clínico compreende o processo de análise e decisões complexas sobre o estado de saúdea-doecimento da pessoa/família e do contexto em que vivem (ele afeta as respostas) com base nos dados coletados e no conhecimento técnico para interpretação.

IV- **Planejamento** (ou plano de cuidados ou prescrição de enfermagem) – plano individualizado, abrangente, que esclareça os resultados necessários para manutenção ou restabelecimento do nível de saúde, com definição de prioridades e das ações ou intervenções de enfermagem que serão prescritas de forma personalizada, face às necessidades em saúde das pessoas, famílias ou comunidade.[1]

V- **Implementação** (execução das intervenções) – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem (prescrição de enfermagem), pelo enfermeiro ou pela equipe de saúde. Na Atenção Primária à Saúde, a implementação/execução das ações prescritas, em sua maioria, são realizadas no dia a dia pelas pessoas acometidas pelo problema de saúde e/ou sua família, pois elas permanecem durante o processo de cuidado nos seus espaços cotidianos (domicílios/ trabalho/ comunidade), onde possuem elevado grau de autonomia. Registrar as intervenções realizadas pela pessoa/família e as reações que teve frente a elas é fundamental para o acompanhamento e a avaliação dos resultados.[1]

VI- **Avaliação dos resultados** – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas das pessoas, famílias ou comunidade às ações ou intervenções de enfermagem, para determinar se essas ações ou intervenções promoveram o resultado esperado. Faz parte desta etapa reinvestigar, revisar e registrar as respostas das pessoas, famílias ou comunidade ao plano e decidir com eles se o mantém, modifica ou o encerra. É fundamental efetuar os registros de forma que eles possam ser utilizados para monitorar o progresso do nível de saúde e comunicar o atendimento realizado, permitindo a verificação contínua da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do PE.[1]

Estas etapas envolvem uma sequência dinâmica, de modo a direcionar as ações nos atendimentos individuais e coletivos, devendo, assim, propiciar a identificação de problemas de saúde passíveis de resolução a partir de uma atuação conjunta do enfermeiro com a pessoa/família em atendimento e a equipe multiprofissional, efetivando-se encaminhamentos, quando necessário.[6,7]

Entretanto, cabe salientar que houve uma evolução histórica quanto ao modelo do PE, que ocorreu de acordo com o estágio do conhecimento da disciplina. A sua primeira geração caracterizou-se como aquela em que o enfermeiro buscava a identificação e a solução de problemas, sem utilizar a etapa do diagnóstico de enfermagem que foi inserida em uma segunda geração do processo. Nesta etapa, passou-se a utilizar também sistemas de classificações padronizadas, que facilitaram o raciocínio clínico pela formulação de hipóteses diagnósticas, que podem

ser afirmadas ou refutadas. A utilização de Classificações de Intervenções pode, ou não, ser adotada nesta geração. Na sua terceira geração, identifica-se a possibilidade de uso de sistemas de classificações para todos os elementos da prática de enfermagem, ou seja, diagnóstico, intervenção e resultados.[8,9]

Mais recentemente, em resposta às críticas de falta de validade do conteúdo do PE, o conceito Processo de Enfermagem Avançado tem sido descrito por alguns autores como aquele que utiliza conceitos validados, padronizados e baseados em evidências para definir os diagnósticos, as intervenções e os resultados explicitados nos sistemas de classificação de enfermagem.[10,11]

Diferentes referenciais podem ser empregados na implementação do Processo de Enfermagem Avançado, que deve ser adequado ao contexto e capaz de orientar a prática clínica. Neste estágio do conhecimento, se reconhece que os Sistemas de Linguagens Padronizadas de Enfermagem (SLP) apoiam o crescimento profissional e a qualificação da prática, promovem o pensamento crítico como parte do processo de tomada de decisão para diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, além de permitirem a documentação dos registros de enfermagem em prontuário eletrônico. Essa padronização de dados de enfermagem é fundamental para fins de avaliação da qualidade, da efetividade e dos resultados do cuidado de saúde prestado às pessoas.

Atualmente, os SLP mais estudados e utilizados em nosso país são: a *NANDA International* – NANDA-I[12], para descrever os diagnósticos de enfermagem; a *Nursing Interventions Classification* – **NIC**[13], para descrever as intervenções de enfermagem; e a *Nursing Outcomes Classification* – **NOC**[14], para descrever os resultados de enfermagem. Eles vêm sendo pauta de debates há mais de 30 anos e são tentativas de uniformizar a linguagem de enfermagem para discriminar os elementos da prática profissional: diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.[11]

A proposta deste capítulo é aprofundar o conhecimento dos leitores sobre a construção de evidências científicas para o Processo de Enfermagem Avançado fundamentado nos sistemas de linguagem NANDA-I, NIC e NOC. Estas três classificações serão apresentadas nesta ordem, embora sua correta utilização na prática clínica seja NANDA-I, NOC, NIC, NOC.

SISTEMAS DE LINGUAGENS PADRONIZADAS DE ENFERMAGEM: DA PESQUISA À CONSTRUÇÃO DE EVIDÊNCIAS PARA PRÁTICA CLÍNICA

Os SLP são entendidos como um conjunto de "sistemas organizados de títulos, definições e descrições dos três elementos da prática de enfermagem, diagnósticos, resultados e intervenções", que vêm sendo desenvolvidos no intuito de uniformizar a linguagem da Enfermagem global para expressar a sua prática e favorecer o avanço do conhecimento.[15] A utilização desses sistemas nas diferentes etapas do PE oferece suporte ao enfermeiro no exame clínico do paciente, na tomada de decisão sobre os cuidados necessários e no acompanhamento dos desfechos do cuidado implementado. Em outras palavras, consiste no uso de diagnósticos de enfermagem bem definidos e de intervenções validadas pela avaliação de resultados padronizados e fundamentados cientificamente.

O uso dos SLP oferece apoio, crescimento e estabilidade à profissão, promovendo o pensamento crítico no processo de decisão para diagnósticos, intervenções e resultados. Além disso, possibilita a manutenção e o refinamento da documentação de enfermagem como parte integrante do registro eletrônico de saúde, permitindo capturar, representar, acessar, comunicar e pesquisar informações de enfermagem.[11]

Estes SLP pretendem nomear claramente os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem e assim, permitir o desenvolvimento de *guidelines* consensuais para os diferentes ambientes da prática clínica. Por esta razão, seu uso no PE tem mobilizado enfermeiros em todo o mundo para o desafio de tornar universal os elementos da prática clínica de enfermagem.[11] As três classificações aqui abordadas, NANDA-I, NIC e NOC, possuem inter-relação e fornecem termos padronizados para descrever as respectivas etapas de diagnóstico, intervenção e resultados na implementação do PE. Além disso, as classificações são úteis, conforme já mencionado, na documentação da prática profissional,[15] principalmente quando o prontuário é eletrônico, devido à facilidade de codificação dos termos.

A realização de estudos que abordam a utilização das classificações, além de possibilitar a constatação das ações de enfermagem, favorece a perspectiva da prática baseada em evidências, com vistas à qualificação do cuidado e da segurança

ao paciente. A enfermagem baseada em evidência tem ganhado cada vez mais espaço no âmbito da clínica, pois se caracteriza como a integração das melhores práticas e com os valores e preferências dos indivíduos, famílias e comunidades atendidas. Isso pressupõe que o enfermeiro é capaz de exercer seu julgamento, planejamento e fornecer cuidados que levam em conta valores e priorizações culturais e pessoais.[16] Nesse contexto, pode-se dizer que a pesquisa fundamentada nos referenciais teóricos da NANDA-I, NIC e NOC (NNN), tem possibilitado melhorar as evidências, decorrentes da tomada de decisão do enfermeiro.[15]

O Grupo de Estudo e Pesquisa no Cuidado ao Adulto e Idoso (GEPECADI), certificado, em 2005, pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e ligado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), foi precursor no desenvolvimento de estudos embasados nas classificações NNN em cenário clínico real no Brasil. Para tanto, diferentes métodos de pesquisa têm sido utilizados e refinados, por meio de consenso e reuniões de estudo, alinhando os referenciais teóricos à realidade da prática de enfermagem brasileira. Os esforços dos pesquisadores resultam em estudos com métodos diversificados, com diferentes graus de evidência que reforçam a importância das taxonomias na prática clínica.

Compreender as linguagens NANDA-I, NIC e NOC e sua aplicabilidade no processo de enfermagem é o primeiro passo para organizar o conteúdo utilizado nos diferentes métodos de pesquisa, a fim de aumentar a evidência científica pesquisada.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

A NANDA-I foi a primeira linguagem a ser desenvolvida entre a NNN. De acordo com esta classificação, um diagnóstico de enfermagem (DE) é o julgamento clínico das respostas do indivíduo, da família ou comunidade a problemas reais ou potenciais de saúde ou a processos de vida. Os diagnósticos de enfermagem constituem a base para a seleção das intervenções de enfermagem para alcançar resultados pelos quais o enfermeiro tem responsabilidade.[12]

No início do desenvolvimento desta classificação, os diagnósticos eram organizados em ordem alfabética e posteriormente compreenderam uma estrutura monoaxial. A partir do ano 2000, os DE passaram a ser classificados em uma estrutura multiaxial de três níveis, denominada Taxonomia II, que inclui 13 domínios, subdivididos em 47 classes, nos quais estão contidos os inúmeros diagnósticos de enfermagem. De acordo com a NANDA-I, um domínio é "uma esfera de atividade, estudo ou interesse", e uma classe é "uma subdivisão de um grupo maior, uma divisão de pessoas, ou coisas por qualidade, classificação ou grau". Os 13 domínios da NANDA-I constituem-se em: 1) Promoção da saúde; 2) Nutrição; 3) Eliminação e troca; 4) Atividade/repouso; 5) Percepção/cognição; 6) Autopercepção; 7) Papéis e relacionamentos; 8) Sexualidade; 9) Enfrentamento/tolerância ao estresse; 10) Princípios da vida; 11) Segurança/proteção; 12) Conforto e 13) Crescimento/desenvolvimento.[12]

De acordo com a classificação, um DE é composto por itens mínimos, tendo o título e a definição padronizados, além de outros componentes, conforme o tipo de diagnóstico. Cada DE recebe um código numérico para facilitar a sua informatização e tradução. A classificação referente a 2018-2020 apresenta 244 enunciados diagnósticos.[12]

Os DEs focados em problemas, anteriormente denominados diagnósticos reais, além do título e da definição, são compostos por características definidoras e fatores relacionados. As características definidoras são sinais e sintomas que representam as evidências do DE, e os fatores relacionados são aqueles que contribuem ou influenciam para esta mudança de estado de saúde. No caso de diagnósticos de risco, ele é composto por fatores fisiológicos, psicológicos, genéticos ou elementos que aumentam a vulnerabilidade da ocorrência do DE.

Na edição 2018-2020, foram incluídas duas novas categorias de indicadores diagnósticos – Populações em risco e Condições associadas. Nesta edição também se observa a inclusão de 17 novos DEs e a revisão de 72 diagnósticos, embasados em estudos, de forma a refinar a classificação.[12]

Após um período de estudos de validação de conteúdo diagnóstico e validação clínica, principalmente de diagnósticos focados em problemas, pesquisadores têm se pautado no desenvolvimento de escalas de avaliação dos diagnósticos de risco e no desenvolvimento de novos diagnósticos de enfermagem para a prática clínica.

O Diagnóstico Risco de Infecção, um dos mais listados no ambiente clínico, motivou o estudo "Construção de uma escala para avaliação do Risco de infecção no ambiente hospitalar". A escala caracteriza-se por ser uma medida para avaliar o risco de infecção no adulto hospitalizado frente aos fatores que podem predispor à ocorrência das infecções relacionadas à assistência à saúde. O estudo foi conduzido em três etapas: Estruturação da escala fundamentada numa revisão sistemática com metanálise; Validação de Face e Conteúdo realizada por 23 especialistas, além de Validação de Critério Preditiva (VCP); e Avaliação da Confiabilidade. Para o desenvolvimento da última etapa, foram acompanhados 278 pacientes com idade ≥ 18 anos, sem infecção, com internação ≥ 72 horas, até a alta, óbito ou infecção. Sendo assim, evidenciou-se a qualidade metodológica da escala, mostrando-se aplicável e confiável a avaliação dos fatores que podem predispor à ocorrência de infecções.[17,18]

A NANDA-I conta com o DE Risco de Quedas, definido como uma "vulnerabilidade aumentada para quedas, as quais podem causar dano físico e comprometer a saúde". Diante da magnitude das quedas em pacientes hospitalizados e dos vieses das diferentes escalas existentes, realizou-se pesquisa com o objetivo de construir e validar um modelo de predição do risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados. Após uma etapa de revisão integrativa da literatura para identificar os fatores de risco de quedas nesta população, foi conduzido um estudo de caso e controle com pareamento. O modelo foi desenvolvido na amostra de derivação (n=358) e testado na amostra de validação (n=178). A escala SAK (Severo-Almeida-Kuchenbecker) validada mostrou-se de aplicação fácil à beira do leito, dando suporte à decisão clínica do enfermeiro para a elaboração do DE e para a busca das melhores intervenções preventivas e para segurança do paciente.[19,29]

Além da construção de escalas de avaliação de risco, desenvolveram-se diagnósticos de enfermagem em diferentes contextos e situações. A exemplo disso, o DE Risco de úlcera por pressão foi desenvolvido e validado o seu conteúdo com 24 enfermeiros especialistas no cuidado à pele, procedentes de seis diferentes hospitais do Sul e Sudeste brasileiro. O título, sua definição e 18 fatores de risco foram validados, e as autoras concluíram que a validação de conteúdo dos componentes do DE corrobora sua importância, podendo facilitar o raciocínio clínico do enfermeiro e nortear a prática clínica no cuidado preventivo à lesão por pressão.[21] Este DE foi alterado recentemente para "Risco de lesão por pressão", já

publicado com este título no PRONANDA. Além do diagnóstico de risco, o DE focado no problema "*Lesão por pressão*" foi submetido e está sob avaliação da NANDA-I para possivelmente ser publicado na próxima edição da classificação.[22]

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

O projeto de criação da Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) iniciou em 1987, tendo em conta a descrição dos cuidados de saúde comunicados em termos inespecíficos e pouco claros que levavam às inconsistências na documentação das ações de enfermagem, tornando difícil a avaliação da sua eficácia. Assim, pesquisadores da Universidade de Iowa (EUA) desenvolveram, em várias etapas e diversos métodos de pesquisa, a NIC. A primeira fase do projeto utilizou o método indutivo: análise de conteúdo, revisão com grupos focais e questionários enviados a especialistas. Na fase II, utilizaram o método dedutivo: análise de similaridade, agrupamento hierárquico e escalonamento multidimensional. A primeira edição da NIC foi publicada em 1992 e traduzida para o português a partir da terceira edição, em 2004.[13]

A NIC subsidia as etapas do PE referentes ao planejamento e à implementação do cuidado. Trata-se de um sistema de classificação abrangente, voltado para o tratamento dos DEs. A taxonomia atual da NIC está em sua sétima edição e contém 565 intervenções e mais de 13 mil atividades de enfermagem. Uma intervenção de enfermagem é considerada como "[...] qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e no conhecimento, realizado pelo enfermeiro para intensificar o resultado do paciente/cliente".[23]

Essa classificação abrange todos os campos de atuação e especialidades da enfermagem, podendo ainda ser utilizada por outros prestadores de assistência em saúde. A estrutura taxonômica da NIC está organizada em três níveis, compostos por sete domínios e trinta classes, e as intervenções propriamente ditas com um conjunto de atividades. Cada intervenção recebe um número único para facilitar a sua informatização e tradução. Os domínios da NIC compreendem: 1) Fisiológico: básico; 2) Fisiológico: complexo; 3) Comportamental; 4) Segurança; 5) Família; 6) Sistema de saúde e 7) Comunidade. As classes são codificadas com

letras, a exemplo do Domínio 1 – Fisiológico: básico: A) Controle da atividade e do exercício; B) Controle da eliminação; C) Controle da Imobilidade; D) Apoio Nutricional; E) Promoção do conforto físico; F) Facilitação do autocuidado.

Cada intervenção possui um título com seu respectivo código numérico, uma definição padronizada e uma série de atividades, que são ações ou comportamentos específicos que os enfermeiros realizam, para proporcionar um cuidado individualizado.[23] É importante salientar que as atividades da NIC não são prescritivas; elas podem ser adaptadas às realidades da prática de enfermagem.13 As intervenções de enfermagem buscam fortalecer pontos positivos, resolver ou minimizar os sinais/sintomas e fatores de risco de um DE e, desse modo, facilitar a obtenção de resultados positivos em saúde, que devem ser avaliados de forma fidedigna.

Na vertente de validação de conteúdo, que segue a opinião de especialistas em determinados contextos/diagnósticos de enfermagem para analisar a importância de intervenções específicas, foi realizada uma pesquisa, em 2012, a fim de validar o conteúdo de intervenções para o DE Risco para lesão por pressão (LP). O campo da investigação foram dois hospitais brasileiros que possuem grupos de estudo no cuidado à pele, com PE e protocolos de prevenção e tratamento de LP. Na validação, que seguiu o modelo de Fering, nove intervenções foram validadas como prioritárias: Prevenção de Úlceras de Pressão; Controle de Pressão; Supervisão da pele; Banho; Cuidado com a Pele: tratamentos tópicos; Monitorização de Sinais Vitais; Cuidados na Incontinência Urinária; Posicionamento; Terapia Nutricional. Diante disso, as autoras destacam a contribuição do estudo para a qualificação do cuidado desse tipo de paciente, com implicações à prática assistencial, ao ensino e à pesquisa de enfermagem.[24]

Outro exemplo de evidências para o uso da NIC na prática clínica é a utilização dos resultados de mapeamento cruzado entre as prescrições de enfermagem realizadas em ambiente clínico real, comparando com as intervenções padronizadas da NIC. Um estudo realizado na UTI de um hospital de grande porte no sul do Brasil identificou similaridade em 97,2% dos casos. Cinquenta e sete intervenções de enfermagem da NIC eram frequentemente utilizadas na UTI, e a maioria pertencia ao domínio Fisiológico Complexo (42%). O estudo concluiu que o uso da NIC na unidade de terapia intensiva demonstra o grau de complexidade do cuidado de enfermagem nessa unidade.[25]

Recentemente, a validação clínica também foi o foco dos pesquisadores do GEPECADI. Um estudo aplicou as intervenções Cuidados com úlceras de pressão e Precauções no uso de laser a um paciente com lesão por pressão grau III. O uso da laserterapia como tratamento adjuvante no cuidado a Lesão por Pressão proporcionou melhora significativa no processo de cicatrização, sendo evidenciado por meio da evolução dos resultados da NOC.[26]

Sem utilizar linguagens padronizadas não seria possível denominar o campo de atuação específico da enfermagem no ambiente clínico real. Além disso, declarar os fenômenos de enfermagem só aumenta a evidência da importância do raciocínio clínico do enfermeiro no processo de enfermagem avançado, utilizando essas classificações.

RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Para medir os resultados das intervenções de enfermagem, foi desenvolvida a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). Trata-se da última classificação das linguagens NNN a ser desenvolvida, também por pesquisadores da Universidade de Iowa (EUA). Segundo esta classificação, resultado é um estado, comportamento ou percepção do indivíduo, família ou comunidade, medido ao longo de um contínuo em resposta a uma intervenção de enfermagem.[27]

A NOC é utilizada em duas etapas do PE, imediatamente após o estabelecimento do DE, de forma a ter uma medida basal, e depois da implementação das intervenções de enfermagem, que buscam a melhora ou a solução do DE. Os resultados medem a real situação do indivíduo e servem para monitorar o progresso ou sua ausência durante a prestação do cuidado de enfermagem em um determinado período.[27]

Seguindo o modelo taxonômico da NANDA-I e NIC, a taxonomia NOC é estruturada em Domínios e Classes. A sexta edição contém 540 resultados, cada um com um número único, distribuídos em sete domínios e 34 classes. Os domínios incluem: 1) Saúde funcional; 2) Saúde fisiológica; 3) Saúde psicossocial; 4) Conhecimento e comportamento de saúde; 5) Saúde percebida; 6) Saúde familiar; 7) Saúde comunitária. As classes são identificadas por letras para facilitar

a sua informatização e tradução. No domínio da Saúde Funcional, por exemplo, existem quatro classes relacionadas ao desempenho em tarefas básicas da vida, tais como a Mobilidade e Autocuidado, entre outras.[14]

Cada Resultado de enfermagem possui um título, com seu respectivo código numérico, uma definição e uma série de indicadores que são medidos por meio de uma escala Likert de cinco pontos, para avaliar o estado do paciente, cuidador, família ou comunidade, em relação ao resultado. A escala Likert é um sistema de graduação. Ou seja, é atribuído um escore para a condição do paciente, o qual permite a mensuração em qualquer ponto de um continuum, de modo que o primeiro (1) ponto reflete a pior condição e o quinto (5) ponto reflete a condição do paciente que mais se deseja em relação ao resultado. Isso facilita a identificação de alterações do estado de saúde por meio de diferentes pontuações ao longo do tempo. Além disso, escores intermediários, podem representar o melhor resultado alcançado. Dessa forma, entende-se que o resultado de enfermagem contém os indicadores de medida que possibilitam monitorar a melhora, a piora ou a estagnação do estado do paciente durante um período de cuidado.[14]

O monitoramento do estado clínico do paciente, por meio da linguagem padronizada da NOC, possibilita aos enfermeiros verificar o impacto das intervenções realizadas nos resultados do paciente. Além de fornecer dados quantitativos sobre o quanto o paciente progrediu (aumento na pontuação dos indicadores), regrediu (diminuição na pontuação) ou estabilizou (o resultado permanece o mesmo), essas medidas permitem estruturar a documentação de enfermagem, favorecendo uma comunicação clínica fundamentada na evidência dos resultados alcançados a partir da implementação das intervenções de enfermagem. Isso expressa a validade das intervenções realizadas e auxilia na avaliação da necessidade de mudança no planejamento da assistência de enfermagem.

Nos últimos anos, houve um aumento significativo de estudos baseados na NOC. Uma revisão integrativa acerca do conhecimento produzido sobre os resultados da NOC demonstrou que a maioria dos estudos focaliza a tradução e adaptação transcultural dos resultados, a avaliação da sua aplicabilidade e a validação dos seus itens. Compreende-se que as mensurações dos resultados de enfermagem são imprescindíveis para o processo de enfermagem na prática clínica, dada a importância de se verificar o impacto das intervenções de enfermagem na segurança do cuidado aos pacientes.

Considerando a aplicabilidade clínica da NOC, um estudo desenvolvido com 21 pacientes submetidos à Artroplastia Total de Quadril, que foram diagnosticados com Mobilidade Física Prejudicada, acompanhou a evolução dos resultados de enfermagem Posicionamento do Corpo: autoiniciado, Mobilidade, Comportamento de prevenção de quedas, Conhecimento: atividade prescrita. Todos os resultados tiveram mudanças significativas na escala likert de cinco pontos ($p > 0,001$). O estudo concluiu que a utilização dos resultados da NOC demonstra o grau de comprometimento do diagnóstico de enfermagem, bem como o quanto os cuidados de enfermagem podem ter contribuído com essa melhora.[28]

Com foco na úlcera venosa, foi desenvolvido um ensaio clínico randomizado com 40 pacientes ambulatoriais, acompanhados no segmento de dezesseis semanas ou até a cicatrização da lesão. Foram avaliadas 82 úlceras em 1066 consultas de enfermagem, das quais 25 – 58,1%) do grupo que recebeu a Terapia a Laser de Baixa Intensidade – cicatrizaram a partir da segunda semana, demonstrando um efeito positivo para a regeneração tecidual da úlcera venosa. A avaliação foi realizada por meio dos seguintes resultados da NOC: Cicatrização de feridas: segunda intenção (1103), com seus indicadores – Tamanho da ferida diminuído, Formação de cicatriz, Granulação, Exsudato, Odor desagradável da ferida, Pele macerada, Eritema na pele ao redor da lesão e Edema perilesão – e Integridade tissular: pele e mucosas (1101), com os indicadores Espessura, Hidratação/Descamação, Pigmentação anormal, Prurido, Dor e Necrose.[29]

Após seis meses da finalização deste estudo, os pacientes foram avaliados novamente, por meio de uma coorte prospectiva, aplicando-se os mesmos resultados NOC para avaliar o processo de cicatrização. Nele, o grupo em que a Terapia a Laser de Baixa Intensidade foi aplicada apresentou uma taxa de recidiva de 18,2%, tendo como média a 36ª semana, enquanto que o outro grupo obteve 53,8% de úlceras recidivadas, com uma média de 23 semanas para a abertura da nova lesão. Além disso, as autoras avaliaram, através de nove indicadores clínicos do resultado NOC Conhecimento: controle da doença crônica (1847), que os pacientes de ambos os grupos possuem conhecimento moderado de sua doença, associando a: causas e fatores contribuintes; benefícios do controle da doença; sinais e sintomas da doença crônica; estratégias de prevenção de complicações; estratégias para equilibrar atividade e repouso; estratégias de controle da dor; procedimentos envolvidos no regime de tratamento; responsabilidades pessoais com o regime de tratamentos e recursos financeiros para assistência.[30]

Em outro estudo, pacientes submetidos à cirurgia ortopédica foram avaliados quanto ao resultado Cicatrização de Feridas: primeira intenção, no pós-operatório em unidade de internação cirúrgica. Durante três dias de acompanhamento, os pesquisadores observaram a realização do curativo da ferida operatória, avaliando os indicadores de Aproximação de pele, Drenagem e Eritema na pele ao redor da ferida, Edema em torno do ferimento, Temperatura aumentada da pele, Odor desagradável na ferida e Formação de cicatriz. Todos os indicadores tiveram mudanças significativas durante o período de acompanhamento ($p<0{,}001$), exceto na Formação de Cicatriz ($p=0.0829$). A avaliação apontou que a NOC foi factível para mensurar o processo de cicatrização da ferida operatória, sendo um instrumento prático e de fácil aplicabilidade durante as trocas de curativos.[31]

No âmbito dos cuidados paliativos, um estudo realizado com 13 pacientes oncológicos, identificou que os indicadores dos resultados Nível da dor, Bem-estar pessoal, Sinais vitais e Controle da dor foram capazes de avaliar o estado clínico desses pacientes. A pesquisa aponta que os resultados implicam o foco da prática de enfermeiros de cuidados paliativos, possibilitando avaliar a presença da dor aguda e/ou crônica, o que evidencia a contribuição da enfermagem no controle da dor desse perfil de pacientes.[32]

Os achados dos estudos relatados refletem a importância de se ter dados congruentes que possibilitem medir o estado do paciente num determinado episódio de cuidado, antes e depois das intervenções. Como resultado dessa mensuração, os dados podem servir de base para decisões clínicas, gerenciamento da qualidade da assistência de enfermagem, na medida em que os resultados são responsivos às intervenções, até mesmo para a manutenção da efetividade clínica. De forma estruturada, os SLP possibilitam uma prática de enfermagem fundamentada em evidências científicas, fator que contribui diretamente para a visibilidade da profissão na melhora clínica dos pacientes cuidados.

LIGAÇÕES NANDA-I, NIC E NOC NA PRÁTICA CLÍNICA

Com base na publicação da taxonomia da NANDA-I, os enfermeiros passaram a ser diagnosticadores. No entanto, para resolver uma condição de saúde

diagnosticada pela enfermagem, foi necessário o desenvolvimento de intervenções que pudessem interferir nas respostas humanas dos pacientes. Essas intervenções precisavam impactar no estado de saúde, passando, então, a ser necessária a definição de resultados esperados. Assim, ligações entre diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem precisaram ser construídas para fortalecer a operacionalização do processo de enfermagem na prática clínica.

O livro "Ligações NANDA-I, NIC e NOC" foi publicado pela primeira vez em 2001, a partir de resultados de investigações conduzidas por pesquisadores, enfermeiros e estudantes de enfermagem da Universidade de Iowa. Hoje, o livro encontra-se em sua terceira edição e conta com ligações NNN para condições clínicas de alto custo ao sistema de saúde, como a doença pulmonar obstrutiva crônica, as artroplastias totais, entre outras.

A NANDA-I foi, originariamente, desenvolvida por uma associação norte-americana de enfermeiros, enquanto a concepção e a construção da NIC e da NOC ocorreram em um centro de pesquisas da Universidade de Iowa, denominado Center for Nursing Classification and Clinical Effectiveness (CNC). Embora com origem diversa, as três classificações possuem uma arquitetura taxonômica comum que atendem à ISO 18104, norma que contempla o modelo de terminologia de referência para diagnóstico e ações de enfermagem, também entendida como forma para facilitar a harmonização das terminologias clínicas existentes e em continua manutenção e revisão.[33]

No cenário clínico real, é necessário o teste dessas ligações, pois elas não são prescritivas e dependem do julgamento clínico do enfermeiro para subsidiar sua implementação no processo de enfermagem. Estudos têm buscado avaliar a efetividade dessas ligações propostas em grupos específicos de pacientes, bem como identificando a evidência científica para a tomada de decisão clínica.

Foi desenvolvido o estudo pioneiro que utilizou as classificações NNN associadas em ambiente clínico real, intitulado "Efetividade das intervenções de enfermagem em pacientes com insuficiência cardíaca em cuidados domiciliares usando a NANDA-I, NIC e NOC". Ele objetivou avaliar a efetividade das intervenções de enfermagem (NIC) usando resultados de enfermagem (NOC), com base em diagnósticos de enfermagem (NANDA-I) identificados em pacientes com insuficiência cardíaca em cuidados domiciliares. Neste estudo longitudinal, 23 pacientes com insuficiência cardíaca foram seguidos por seis meses, em quatro visitas domiciliares. Das 11 intervenções da NIC implementadas, oito

comprovaram ser efetivas com significativa melhora entre a primeira e a quarta visita, de acordo com os escores obtidos por seis resultados da NOC: Conhecimento: Regime de tratamento; Conhecimento: medicação; Comportamento de aceitação; Controle de sintomas; Tolerância à atividade; Conservação de energia. Concluiu-se que as intervenções da NIC Educação para saúde, Assistência na automodificação, Modificação de comportamento, Ensino: Medicação prescrita, Ensino: processo de doença, Aconselhamento nutricional, Consulta telefônica e Controle de Energia foram efetivas no cuidado aos pacientes com insuficiência cardíaca em cuidado domiciliar.[34] É importante destacar que estudos no ambiente domiciliar são menos propensos a terem interferências de outros profissionais, o que torna mais acuradas as medidas de impacto das intervenções de enfermagem.

Para pacientes submetidos à Artroplastia total de Quadril, um estudo longitudinal, aninhado a um desenho correlacional descritivo, analisou os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem na prática clínica, segundo a perspectiva do *Nursing Role Effectiveness Model (NREM)*. Este modelo foi desenvolvido por pesquisadoras canadenses, com o objetivo de auxiliar na identificação da contribuição da enfermagem nos resultados dos pacientes, relacionando as dimensões estrutura, processo e resultado.[35] Oitenta e cinco pacientes foram acompanhados por três a quatro dias consecutivos de pós-operatório, durante cinco meses. Os diagnósticos de enfermagem (estrutura) Dor Aguda, Risco de quedas e Mobilidade física prejudicada foram prevalentes nessa população. As intervenções de enfermagem (processo) mais prescritas para estes pacientes foram Controle de Dor, Prevenção de Quedas e Posicionamento. Os resultados de enfermagem (resultados) da NOC Nível de Dor, Conhecimento: Atividade Prescrita, Posicionamento do corpo: autoiniciado e Mobilidade tiveram melhora significativa ao longo do período de acompanhamento ($p > 0,001$). Os autores identificaram que existem relações entre as dimensões de Estrutura, Processo e Resultado. Isso pode impactar diretamente na qualidade do cuidado, pois as ligações NNN favorecem o raciocínio clínico do enfermeiro com foco em resultados esperados.[36]

Outro estudo da enfermagem gerontológica realizado com pacientes em Risco de Síndrome do Idoso Frágil (RSIF) ou Síndrome do Idoso Frágil (SIF), o Modelo Multidimensional de Envelhecimento Bem Sucedido (MMES) foi associado às linguagens padronizadas NNN. Vinte e três idosos foram diagnosticados com RSIF e cinco com SIF. Dos resultados de enfermagem utilizados, houve melhora significativa dos indicadores: Participação em programa de exercício

físico; Autocontrole da doença crônica; Conhecimento: controle da doença crônica; Conhecimento: controle do peso; Conhecimento: prevenção de quedas; e Estado de conforto. Os resultados Estado nutricional e Conhecimento: controle da dor tiveram melhora significativa nos escores dos indicadores somente para idosos com RSIF, assim como a avaliação do Autocuidado: atividades da vida diária para idosos com SIF. As intervenções que apresentaram efetividade para ambos os diagnósticos, foram Ensino: processo da doença e Promoção do exercício, enquanto a intervenção Prevenção contra quedas foi efetiva somente para idosos com RSIF. O estudo concluiu que o modelo multidimensional de cuidado ao idoso associado aos SLP contribui para a consulta de enfermagem ao idoso com vistas ao envelhecimento bem sucedido.[37]

A utilização de estudos fundamentados nas ligações NNN ainda precisa ser explorada no contexto da validação dessas ligações. Todavia, os resultados destes estudos fornecem uma visão geral do processo de enfermagem avançado e demonstram os benefícios que trazem à qualidade da tomada de decisão clínica focada em resultados, além de proporcionar o desenvolvimento de habilidades específicas para o enfermeiro no cuidado de pacientes com determinadas condições clínicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Processo de Enfermagem com o uso dos SLP NANDA-I, NIC e NOC apoia o enfermeiro em seu campo de atuação. Os achados das pesquisas e a translação para a prática favorecem a acurácia na tomada de decisão diagnóstica, na escolha das melhores intervenções de enfermagem e na medição do impacto dos resultados no estado de saúde do paciente. O emprego destas três classificações nos diversos estudos mencionados fornece evidências das repercussões positivas na prática clínica.

Os estudos aumentaram o corpo de conhecimento da enfermagem nesse cenário, bem como puderam descrever a utilização dos SLP no ambiente clínico. Além disso, modificaram práticas assistenciais a partir dos resultados das pesquisas. Exemplificando, no estudo que utilizou resultados da NOC para avaliar o efeito

da Terapia a laser de baixa Potência, houve inclusão de atendimento habitual com laserterapia para pacientes ambulatoriais e internados, construção de protocolo assistencial para o cuidado da pele e feridas com essa tecnologia e capacitação dos enfermeiros. Como resultado de outro estudo, foi implantada a escala SAK (Severo-Almeida-Kuchenbecker) desenvolvida para avaliar o Risco de quedas em pacientes adultos hospitalizados. Os dois exemplos de translação do conhecimento ocorreram na prática clínica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html.
2. Gutiérrez MGR, Morais SCV. Systematization of nursing care and the formation of professional identity. Revista Brasileira de Enfermagem. [Internet]. 2017, 70(2):436-441. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0515.
3. Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Escola Anna Nery. [Internet]. 2009, 13(1): 188-193. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452009000100026.
4. Almeida MA, Lucena AF, Laurent MCR, Dias VLM. Estratégias de implementação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I em cenário hospitalar. In: Herdman, T. Heather; Carvalho, Emilia Campos. PRO-NANDA, Programa de atualização em diagnósticos de enfermagem: ciclo 1. Porto Alegre: Artmed, 2013.
5. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 429/2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Brasília, 30 de maio de 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html

6. Alafaro-Lefevre R. Aplicação do Processo de Enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. Tradução: Ana Thorell. 7.Ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
7. Carpenito-Moyet LJ. Diagnósticos de enfermagem.11ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, 1039p.
8. Pesut DJ, Herman JA. Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking. Albany: Delmar; 1999.
9. Garcia TR, Nóbrega MML, Campos de Carvalho E. Processo de enfermagem: aplicação à prática profissional. Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN_ISSN 1676-4285). 2004, 3(2): 4-15. Disponível em: www.objnursing.uff.br › nursing › article › download › pdf_759.
10. Muller-Staub M, Abt J, Brenner A, Hofer B. Expert Report on the Responsibility of Nursing. Bern: Swiss Nursing Science Association (ANS). 2015.
11. Rabelo-Silva ER, et al. Advanced Nursing Process quality: Comparing the International Classification for Nursing Practice (ICNP) with the NANDA-International (NANDA-I) and Nursing Interventions Classification (NIC). Journal Of Clinical Nursing, [s.l.]. [Internet]. 2016, 26(3-4): 379-387. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13387.
12. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2018-2020. Tradução: Regina Machado Garcez 11ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. 462 p.
13. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Classificação das intervenções de enfermagem–NIC. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. 640 p.
14. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Nursing outcomes classifications (NOC). 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
15. Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Heather. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, [s.l.]. [Internet]. 2013, 66(esp):134-141. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672013000700017.

16. Reichembach MT, Pontes L. Evidence-Based Nursing Setting and image. Revista Brasileira de Enfermagem, [s.l.]. [Internet]. 2018, 71(6): 2858-2859. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018710601.
17. Rodríguez-Acelas AL, et al. Risk factors for health care–associated infection in hospitalized adults: Systematic review and meta-analysis. American Journal Of Infection Control. [Internet]. 2017, 45(12): 149-156. Elsevier BV. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2017.08.016.
18. Rodríguez-Acelas AL, Canon-Montanez W, Almeida MA. Scale for measurement of healthcare-associated infection risk in adult patients: development and content validation. Cuidarte, [s.l.]. [Internet]. 2019, 10(2): 1-13. Disponível em: https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i2.771.
19. Severo IM, et al. Risk factors for falls in hospitalized adult patients: an integrative review. Revista da Escola de Enfermagem da USP, [s.l.]. [Internet]. 2014, 48(3): 540-554. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000300021.
20. Severo IM, et al. Risk factors for fall occurrence in hospitalized adult patients: a case-control study. Revista Latino-americana de Enfermagem, [s.l.]. [Internet]. 2018, 26: e3016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2460.3016.
21. Santos CT, Almeida MA, Lucena AF. The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation. Revista Latino-americana de Enfermagem, [s.l.]. [Internet]. 2016, 24: e2693. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0782.2693.
22. Herdman TH, Napoleão AA, Lopes CT, Silva VM. (Org.). PRONANDA - Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem: Ciclo. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana, v. 4, 2017.
23. Butcher HK, Bulechek GM, Docheterman JM, Wagner CW. Nursing Interventions Classification (NIC). 7th. ed. St. Louis: Elsevier, 2018.
24. Bavaresco T, Lucena AF. Nursing Intervention Classifications (NIC) validated for patients at risk of pressure ulcers. Revista Latino-americana de Enfermagem, [s.l.]. [Internet]. 2012, 20(6): 1109-1116. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692012000600013.

25. Lucena AF, Gutiérrez MGR, Echer IC, Barros ALBL. Intervenções de enfermagem utilizadas na prática clínica de uma unidade de terapia intensiva. Revista Latino-Americana Enfermagem Artigo, 18(5): [09 telas], 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_06.pdf.
26. Palagi S, et al. Laser therapy in pressure ulcers: evaluation by the Pressure Ulcer Scale for Healing and Nursing Outcomes Classification. Revista da Escola de Enfermagem da USP, [s.l.]. [Internet]. 2015, 49(5): 826-833. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420150000500017.
27. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Nursing outcomes classifications (NOC). 6ª ed. Elsevier. 2018.
28. Silva MB, et al. Clinical applicability of nursing outcomes in the evolution of orthopedic patients with Impaired Physical Mobility. Revista Latino-americana de Enfermagem, [s.l.]. [internet]. 2015, 23(1): 51-58. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3526.2524.
29. Bavaresco T. O efeito do laser de baixa potência no tratamento de úlceras venosas avaliado pela Nursing Outcomes Classification (NOC): ensaio clínico randomizado. 2018. 137 f. Tese (Doutorado) – Curso de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.
30. Osmarin VM, Bavaresco T, Lucena AF, Echer IC. Indicadores clínicos para avaliar o conhecimento de pacientes com úlcera venosa. Acta Paulista de Enfermagem, [s.l.]. [Internet]. 2018, 31(4): 391-398. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800055.
31. Barreto LNM, et al. Evaluation of Surgical Wound Healing in Orthopedic Patients with Impaired Tissue Integrity According to Nursing Outcomes Classification. International Journal Of Nursing Knowledge, [s.l.]. [Internet]. 2018, p.1-5. Wiley. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1111/2047-3095.12233.
32. Mello BS, et al. Applicability of the Nursing Outcomes Classification (NOC) to the evaluation of cancer patients with acute or chronic pain in palliative care. Applied Nursing Research, [s.l.]. [Internet]. 2016, 29:12-18. Elsevier BV. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.04.001.

33. Marin HF, Peres HHC, Sasso GTM. Análise da estrutura categorial da Norma ISO 18104 na documentação em Enfermagem. Acta Paulista de Enfermagem, [s.l.]. [Internet]. 2013, 26(3): 299-306. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002013000300016.
34. Azzolin K, et al. Effectiveness of nursing interventions in heart failure patients in home care using NANDA-I, NIC, and NOC. Applied Nursing Research, [s.l.]. [Internet]. 2013, 26(4): 239-244. Elsevier BV. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2013.08.003.
35. Doran DI, et al. An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. Journal Of Advanced Nursing, [s.l.]. [Internet]. 2002, 38(1): 29-39. Wiley. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02143.x.
36. Silva MB. Dimensões do Nursing Role Effectiveness Model no acompanhamento dos resultados de pacientes submetidos à artroplastia do quadril. 2017. 109 f. Tese (Doutorado) – Curso de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.
37. Argenta C. Modelo multidimensional de cuidado ao idoso associado aos sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem NANDA-I, NIC E NOC. 2017. 164 f. Tese (Doutorado) – Curso de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

CAPÍTULO 2

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONTEXTUAIS

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Kely Regina da Luz
Débora Feijó Villas Bôas Vieira
Daniela de Oliveira Cardozo

INTRODUÇÃO

A presença de enfermeiros qualificados, associada à harmonização quantitativa da equipe de enfermagem, tem sido identificada na literatura como fator de segurança para os pacientes, sendo capaz de influenciar, inclusive, as taxas de mortalidade das instituições hospitalares.[1] E, dentre as unidades que compõem uma instituição hospitalar, está a Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Nesse sentido, é possível afirmar que dois fatores foram fundamentais para o estabelecimento das UTI: a crescente hospitalização de pacientes e o aumento da complexidade das doenças e intervenções. Logo, tais situações acentuaram as dificuldades de assistência, tanto do ponto de vista dos recursos materiais e humanos disponíveis quanto de recursos físicos, desencadeando a necessidade de reestruturação dos hospitais para o atendimento dessa nova demanda.

O papel do enfermeiro nesse cenário é fundamental, pois ele é o profissional que possui capacitação para atuar na assistência e na gestão da UTI. E esse reconhecimento não é novidade, visto que em 1979 já havia a seguinte recomendação:

> Um índice suficientemente alto de enfermeiras por paciente, deve ser mantido na unidade, para atender adequadamente os requisitos de cuidado de enfermagem do paciente na unidade. Em geral, cuidado adequado requererá, pelo menos, 1 enfermeiro para cada 3 pacientes. A necessidade pode ser tão alta, como uma enfermeira para cada paciente.[2: 24]

Reitera-se que os profissionais que trabalham em UTI cuidam de pacientes complexos, que necessitam de atendimento especializado, com novas tecnologias e, no processo de tomada de decisão, exige-se resposta rápida, baseada na compreensão das condições fisiológicas e psicológicas do paciente, com ênfase em uma assistência segura. Atuando próximo ao paciente e sua família, a enfermagem percebe suas necessidades físicas, psicológicas, sociais, pode e deve esclarecer dúvidas e promover autonomia na tomada de decisões sobre as terapias utilizadas.[3-5]

Por sua vez, o enfermeiro intensivista precisa valorizar a necessidade de toda a equipe de enfermagem, avaliar constantemente e registrar as ações e intervenções de enfermagem realizadas ao paciente crítico. Logo, a sistematização e a organização do seu trabalho e de sua equipe mostram-se indispensáveis para uma assistência de qualidade, sustentando a importância da adesão à Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Isto é, através deste processo podem ser supridas as necessidades individuais do paciente, da família e comunidade, prevenindo complicações e detectando diagnósticos precoces.[3-5] A SAE proporciona ao enfermeiro autonomia frente ao cuidado do paciente, bem como a instituição dos cuidados de enfermagem perante a equipe multiprofissional. Desse modo, a prescrição de enfermagem torna-se o plano de cuidados que necessita de revisão diária, bem como sua readequação conforme as mudanças constantes da situação dos pacientes críticos. Este planejamento demanda do enfermeiro intensivista embasamento científico, apoiado em evidências e nas melhores práticas.[3, 6]

Portanto, neste capítulo, adota-se a propositiva de apresentar aspectos históricos da UTI, considerando os que permitem expor algumas das condições de seu surgimento. Além disso, expõem-se questões da legislação e da área física, como aspectos contextuais das condições de funcionamento das UTI. O objetivo é, justamente, realçar a importância destes aspectos enquanto subsídios que impactam, tanto na evolução do processo de cuidar, como na configuração e implementação da SAE nas UTI.

O SURGIMENTO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Os cuidados intensivos de enfermagem tiveram início com Florence Nightingale, em 1852, na Guerra da Criméia. Nesse contexto, diante das condições precárias de atendimento aos soldados, ela e mais 38 voluntárias reduziram a mortalidade após manter os soldados mais graves mais próximos, sob maior vigilância e manipulação ambiental para efetuar a cura, promovendo a mudança no saneamento.[7]

Durante as guerras, muitas técnicas de salvamento e cura foram desenvolvidas e, especificamente, durante a segunda guerra mundial, se desenvolveu o conceito de triagem. Nasce, então, o esboço da primeira UTI, em 1923, quando o Doutor Walter Edward Dandy criou três leitos de UTI no hospital Johns Hopkins, na cidade de Baltimore, nos Estados Unidos (EUA), que, anos depois, em 1958, se tornou a primeira unidade que possuía equipe médica em período integral. Além da terapia respiratória, esta UTI também atendia pacientes graves e traumatizados que demandavam suporte vital, e, ainda que fosse destinada a pacientes adultos, foi necessário improvisar um espaço adjacente para pacientes pediátricos.[8] Assim inicia o estabelecimento das Unidades de Cuidados Especiais (*Special Care Units*), inspiradas no relativo sucesso das salas de recuperação pós-operatórias, que surgiram no final dos anos 30, um trabalho desenvolvido por enfermeiras com conhecimento e treinamento especializados em cuidados pós-operatórios.[9]

Um evento catastrófico coloca à prova os preparos para receber e atender os soldados americanos atuantes em guerras: na noite de 28 de novembro de 1942, um incêndio de proporções devastadoras destruiu totalmente uma boate chamada *Coconut Grove*, na cidade de Boston, causando a morte de 491 pessoas e deixando inúmeras vítimas gravemente queimadas, que foram encaminhadas ao *Massachussets General Hospital*. Naquela noite, todo um andar daquele hospital foi evacuado e transformado em uma unidade para receber as vítimas do desastre. A assistência àquelas pessoas contava com equipe médica e de enfermagem em tempo integral, além de equipamentos para auxiliar no suporte terapêutico. Esses pacientes eram mantidos isolados e permaneciam lá até apresentarem condições favoráveis para serem remanejados para outras enfermarias. Ali, surgia o conceito da terapia intensiva: área física própria; equipe multiprofissional

treinada e exclusiva; recursos tecnológicos; critérios de admissão e alta; e acesso restrito aos pacientes.[9]

Nesse contexto, a herança de Florence Nightingale, em 1852, e, posteriormente, de outras enfermeiras, se traduz na tentativa de ordenar o ambiente hospitalar, hierarquizando o atendimento, agrupando os pacientes de acordo com seu estado clínico e sob vigilância constante. Essa forma de atuação da enfermagem influencia de maneira decisiva o desenvolvimento do modelo de UTI.

A primeira UTI respiratória composta por equipe médica, na qual se realizava ventilação pulmonar artificial, surgiu na Escandinávia, no início dos anos 50. Essa ventilação artificial ocorria através do ventilador tipo tanque de Drinker, conhecido como pulmão de aço ou "Iron Lung", amplamente utilizada nesse período tratamento no surto da poliomielite.[3] As UTI passam a receber grande demanda desses ventiladores ciclados à vácuo, salvando vidas e transformando o atendimento de urgência e emergência.[10]

Após a descoberta da vacina contra a poliomielite e a vitória contra a epidemia, houve uma preocupação em relação aos espaços criados para aquelas vítimas. No entanto, logo se verificou que nenhuma daquelas unidades ficaria desocupada por inexistência de pacientes graves, transformando-se as unidades respiratórias em UTI gerais. E essa necessidade de prestar atendimento a uma nova modalidade de pacientes origina uma significativa mudança no âmbito de recursos humanos das instituições hospitalares. As primeiras unidades criadas ofereciam basicamente os mesmos equipamentos e materiais encontrados em outros setores do hospital, porém, ali, estavam instantaneamente disponíveis. Monitores cardíacos, máquinas de diálise e ventiladores mecânicos não existiam nessas primeiras UTI, e esse trabalho de monitoramento constante era realizado pelas enfermeiras, ou seja, a tecnologia era o conhecimento e a dedicação daquelas profissionais. Diferenciava-se aquele local, em relação aos demais setores, pela presença de uma equipe de enfermagem exclusiva.[9]

Após o reconhecimento da utilidade das primeiras UTI, o final dos anos 50 e o início dos anos 60 testemunharam uma intensa multiplicação de novas unidades, especialmente na América do Norte, e, antes de 1970, aproximadamente 95% dos hospitais de emergência norte-americanos possuíam uma UTI.[11,12]

Concomitantemente ao movimento internacional, os primeiros pulmões de aço desembarcaram em solo brasileiro em São Paulo, em 1955, contribuindo para o surgimento das primeiras UTI no Brasil. Justamente pela origem simultânea

de UTI em vários estados do país, que foram crescendo e se desenvolvendo, as buscas desses dados foram difíceis. Destas são citadas algumas delas:[12]

1964 – Hospital Ernesto Dornelles, em Porto Alegre;

1967 – Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro;

1968 – Hospital Governador Celso Ramos, em Florianópolis;

1969 – Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais;

1972 – Hospital Sírio Libanês, em São Paulo.

LEGISLAÇÃO: DA ENFERMAGEM E DA TERAPIA INTENSIVA

Ponderando a relevância das unidades que realizam tratamento intensivo e de acordo com a Portaria MS 1.071, de 04 de julho de 2005, a qual institui a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, percebe-se que é fundamental fazer uma análise em relação ao efetivo funcionamento tanto das instalações e dos equipamentos quanto dos profissionais inseridos nesse contexto, considerando, assim, o cumprimento dos requisitos estabelecidos pela portaria.[13] A Resolução n. 7, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de UTI e dá outras providências,[14] serve como suporte e auxílio para o cumprimento de tais requisitos. Porém, é importante ressaltar que essa resolução é a diretriz mínima para o exercício do trabalho dentro das UTI. Portanto, aumentando a complexidade e a gravidade dos pacientes, esses requisitos devem acompanhar essa demanda, tratando-se de recursos humanos e materiais. O Art. 7º prevê que o provimento de recursos humanos e materiais é de responsabilidade da direção do hospital onde a UTI está inserida. No Art. 49, § 1º e § 2º, é mencionado que os pacientes devem ser avaliados através de um Sistema de Classificação de Necessidades de Cuidados do Paciente, que determinará o quantitativo necessário desses profissionais, dependendo do tipo e da complexidade de cada UTI.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 7/2010 dispõe de regras para reduzir riscos aos pacientes, profissionais de saúde e meio ambiente, bem como

melhorar a qualidade dos serviços prestados. Torna obrigatório o monitoramento de indicadores de saúde, o gerenciamento de riscos inerentes às atividades praticadas nas UTI, o controle de infecção em UTI, a educação continuada focada nas necessidades do setor e a capacitação profissional específica. Dentre as exigências, em relação à equipe multiprofissional e aos recursos humanos, tornaram-se obrigatórios um responsável técnico médico, um fisioterapeuta e um enfermeiro coordenadores de suas respectivas equipes, exclusivos de UTI, sendo necessário que todos tivessem especialização em terapia intensiva e que assumissem a coordenação de, no máximo, duas UTI. As equipes multiprofissionais deveriam ser formadas por, no mínimo, um médico diarista a cada 10 leitos, um enfermeiro a cada oito leitos, um fisioterapeuta a cada 10 leitos e um técnico de enfermagem a cada dois leitos.[14]

No entanto, houve uma edição da RDC n. 7, resultando na RDC n. 26, de 11 de maio de 2012, que altera os seguintes artigos: Art. 14, inciso III - Enfermeiros assistenciais: no mínimo 01 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração, em cada turno; inciso V - Técnicos de enfermagem: no mínimo 01 (um) para cada 02 (dois) leitos em cada turno. Art. 72, § 1º: Para cumprimento dos artigos 13, 14 e 15 da Seção III - Recursos Humanos, assim como da Seção I - Recursos Materiais dos Capítulos III, IV e V, estabelece-se o prazo de 03 anos, ressalvados os incisos III e V do Art. 14, que terão efeitos imediatos.[15]

É importante lembrar que a aprovação da RDC 7/2010 ocorreu após negociação com entidades de classes profissionais, e um dos pontos mais polêmicos nas negociações foi a razão enfermeiro/paciente. A enfermagem exigia a proporção de um enfermeiro para cinco pacientes, diante da comprovação de evidências técnicas e científicas apoiados por outros membros da comissão. A pedido do Ministério da saúde, porém, foi aprovado um enfermeiro para oito pacientes ou fração, em cada turno, um técnico para cada dois leitos em cada turno, além de um técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno. Em maio de 2012, de maneira arbitrária, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) altera a RDC 07/2010, aumentando a relação de, no mínimo, um enfermeiro para cada 10 leitos ou fração, em cada turno, além de suprimir a exigência de um técnico de enfermagem por UTI para serviços de apoio assistencial em cada turno. Esta súbita alteração, acarretou em um notório retrocesso, o que favoreceu a redução de custos, em detrimento da qualidade do atendimento e segurança do paciente, gerando a RDC n. 26/2012.[16]

Em relação ao quantitativo de enfermagem, a Portaria n. 895/2017 institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, unidade coronariana (UCO), queimados e cuidados intermediários adulto e pediátrico no âmbito do SUS. Classifica as UTI-a (adulto) em tipo II e III e UTI-ped II e III; nas UTI tipo II, a relação enfermeiro paciente é um para 10; na UTI tipo III, um para cinco pacientes.[17]

Ainda com o intuito de melhorar a qualidade do atendimento, uma nova RDC é publicada no dia 8 de fevereiro de 2017, denominada 137, que reformulou a redação do parágrafo que trata da formação a ser exigida de responsáveis técnicos e coordenadores de equipes, a partir da redação dada pela nova RDC ao Artigo 13 da RDC 7/2010,[(18)] "§ 1º O Responsável Técnico médico, os coordenadores de enfermagem e de fisioterapia devem ter título de especialista, conforme estabelecido pelos respectivos conselhos de classe e associações reconhecidas para este fim. (NR) e § 2º Revogado".

Considerando-se que nessas unidades apenas os habilitados em cuidados intensivos deveriam atuar, ou seja, aqueles que portam título de especialista, em relação aos aspectos normativos dessa formação, cabe mencionar que o processo de Titulação de Enfermeiros Especialistas em Terapia Intensiva é reconhecido através da Resolução COFEN n. 570/2018 que atualiza, no âmbito do Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação *Lato* e *Stricto Sensu* concedido a Enfermeiros e lista as especialidades.[19, 20]

Nesse cenário, torna-se relevante as resoluções do COFEN que abordam o dimensionamento do pessoal de enfermagem, com enfoque na adequação quantitativa e qualitativa no atendimento das necessidades de assistência ao paciente. Com o objetivo de prestação de serviço qualificada, estabelecem as horas mínimas necessárias para a assistência de enfermagem de forma segura, conforme determinado pela Lei do Exercício Profissional n° 7.498/86 e pelo Código de Ética dos profissionais de enfermagem, recentemente revisto e publicado através Resolução do COFEN n. 564/2017.[16]

Com relação às resoluções que abordam o dimensionamento de pessoal, em 2016, foi emitida a Resolução n. 527/2016, que revogou a Resolução n. 293/2004; em abril de 2017, o COFEN modificou alguns aspectos com a edição da Resolução n. 543/2017, que está em vigor:[21, 22]

527/2016: cuidado intensivo – um profissional de enfermagem para 1,33 ~1,5 pacientes, um enfermeiro para 2,56 ~2,5 pacientes e um técnico de enfermagem para 2,77 ~3 pacientes;
543/2017: 18 horas de enfermagem, por paciente, no cuidado intensivo e o SCP (sistema de classificação de pacientes) na proporção mínima de 52% são enfermeiros, e os demais são técnicos de enfermagem.

Dessa forma, na prática, verifica-se que as divergências de parâmetros estabelecidos pela ANVISA e pelo COFEN interferem no estabelecimento de estratégias e políticas que contribuam para a adequação quantitativa e qualitativa de profissionais de enfermagem nas UTI do país, estabelecendo conflitos entre os administradores das instituições de saúde e responsáveis técnicos de enfermagem, além de dificultar a implementação de ações que promovam e sustentem melhorias contínuas no processo assistencial, garantindo as necessidades dos cuidados dos pacientes bem como o oferecimento de condições de trabalho que favoreçam os resultados da assistência prestada, de maneira segura e eficaz.[23]

A legislação de enfermagem, especificamente o Decreto n. 94.406/87, que regulamentou a Lei n. 7.498/86, estabeleceu as atividades privativas de direção e liderança do enfermeiro, assim como de planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação da assistência de enfermagem. Além das atividades administrativas, cabem ainda ao enfermeiro, em caráter privativo, a consulta e a prescrição da assistência de enfermagem, assim como os cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de morte e os de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.[24]

ÁREA FÍSICA DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

As UTI são ambientes altamente especializados e equipados para o atendimento de pacientes graves ou de risco, que dispões de assistência multiprofissional especializadas ininterruptas, com instalações, equipamentos e tecnologias destinados ao diagnóstico e terapia específicos, devendo atender as normas

técnicas do Ministério da Saúde, as quais são disposições da RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002, da ANVISA.[25] Para o atendimento hospitalar de pacientes graves ou de risco, a ANVISA determina a existência de UTI em hospitais terciários e em secundários com capacidade igual ou maior de 100 leitos, bem como nos hospitais especializados.

A UTI deve estar em local estratégico dentro de um hospital, próximo ao centro cirúrgico e à emergência, com acessibilidade facilitada ao centro de imagenologia e internação. A área física é uma questão relevante, por isso há resoluções específicas para a saúde, como a RDC 50, de 21 de fevereiro de 2002, da ANVISA, que regulamenta o projeto de estabelecimentos assistenciais de saúde (EAS), inclusive as UTI. Ela dá diretrizes sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Essas são questões extremamente relevantes, mas infelizmente a RDC 50 está inadequada em relação à UTI.

A disposição dos leitos de UTI pode ser em área comum (tipo vigilância), com quartos fechados ou de característica mista, sendo que a área comum proporciona observação contínua do paciente, mas é indicada a separação dos leitos por divisórias laváveis, que proporcionam relativa privacidade dos pacientes. Já as unidades com leitos dispostos em quartos fechados devem ser dotadas de painéis de vidro para facilitar a observação dos pacientes. Nessa formatação, faz-se necessária uma central de monitorização no posto de enfermagem, com transmissão de onda eletrocardiográfica e frequência cardíaca. Entre os benefícios das unidades com quartos fechados, estão a maior privacidade dos pacientes, a redução do nível de ruído e a possibilidade de isolamento dos pacientes infectados e imunossuprimidos.

A iluminação natural garante aos ambientes a noção de tempo – dia e noite, chuva ou sol – influenciando no estado de saúde dos pacientes. Logo, temos a iluminação natural como outro fator positivo no tratamento de pacientes em estado crítico. A luz natural combinada com a luz artificial ajuda a diminuir os sintomas de depressão e mantém os pacientes mais saudáveis. Em um estudo realizado, concluíram que a terapia da luz é tão eficiente quanto alguns medicamentos.[8] As condições térmicas das UTI devem proporcionar conforto quando mantida estável e igual nos ambientes entre 20 e 24°C, evitando-se deslocamento de ar excessivo e conservando a umidade relativa não inferior a 40%.

Com uma estrutura física adequada e equalizada, associada à tecnologia integrada, as UTI podem, junto com os recursos humanos das equipes multiprofissionais, oferecer atendimento mais qualificado a todos os envolvidos, em especial aos pacientes críticos e suas necessidades singulares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse cenário da UTI, se encontra a enfermagem, com o desafio de integrar tecnologia ao cuidado, dominando os princípios científicos que fundamentam a sua utilização e, ao mesmo tempo, suprindo as necessidades terapêuticas dos pacientes. Além de vivenciar o cuidar do ser humano em diversas condições do processo saúde-doença, estes profissionais têm o desafio premente de perceber a tecnologia em sua verdadeira dimensão no processo de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Aiken LH, Sloane DM, Ball J, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. BMJ Open [Internet]. 2018, 11;8(1). Disponível em: https://bmjopen.bmj.com/content/8/1/e019189. DOI:10.1136/bmjopen-2017-019189.
2. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Cuidado progressivo de pacientes. Vol. II. Tradução de: Intensive Care Units. Minimal Criteria and guidelines. Porto Alegre: 1979.
3. Massaroli R, Martini JG, Massaroli A, Lazzari DD, Oliveira SN, Caneve BP. Trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva e sua interface com a sistematização da assistência. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [Internet]. 2015, 19(2): 252-258. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0252.pdf.

4. Cantarella LE, Bernardes A, Baldo PL, Maziero VG, Camelo SHH, Balsanelli AP. Critical incidents connected to nurses' leadership in Intensive Care Units. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2017, 70 (5): 1018-1025. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501018&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0137.

5. Cardoso AM, Círico PB, Felisbino JE, Gomes E. Avaliação dos benefícios da sistematização da assistência de enfermagem pelos membros da equipe de saúde. Enfermagem Revista [Internet]. 2019, 21(3):4-12. Disponível em: http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/19318.

6. Nunes RM, Nunes MR, Assunção IA, Lages LA. Sistematização da assistência de enfermagem e os desafios para sua implantação na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. Revista Uningá [Internet]. 2019, 56(S2):80-93. Disponível em: http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2179.

7. Ferreira Junior, FH. Gestão de Qualidade em Terapia Intensiva: normas e processos. São Paulo: Abril Educação, 2015.

8. Hamilton DK, Sheply MMC. Design for critical care. An Evidence-Based Approach. Oxford, Burlington: Elsevier, 2010.

9. Orlando JMC, Miquelin L. UTIs contemporâneas. São Paulo: Atheneu, 2008.

10. Drinker P. O Pulmão de Aço [Internet]. Disponível em: http://www.medicinaintensiva.com.br/pulmao-aco-historia-fotos.htm.

11. Society of Critical Care Medicine. History of critical care [Internet]. Disponível em: https: //www.sccm.org/About-SCCM/Governance.

12. Rodriguez AH, Bub MBC, Perão OF, Zandonadi G, Rodriguez MJH. Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. Rev. Bras. Enferm [Internet], 2016, 69(2): 229-234. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200229&lng=pt. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690204i.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1071, de 4 de julho de 2005. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Brasília, DF [Internet], 2005. Disponível em: http://www2.ghc.com.br/gepnet/docsris/rismaterialdidatico62.pdf.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF [Internet]. 2010. Disponível em: http://file:///C:/Users/user/Downloads/RDC_2010-07.pdf.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 26, de 11 de maio de 2012. Altera a Resolução RDC nº. 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília, DF [Internet]. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html.

16. Conselho Federal de Enfermagem. COFEN Parecer nº 07/2016/CTLN/COFEN. Legislação. RDC N° 07/2010 alterada pela RDC N° 26/2012 Inteligência dos artigos 11, 12, 13 e 14 da Lei do Exercício Profissional, combinado com a RDC ANVISA n° 07/2010. Resolução 293/2004. Brasília, DF [Internet]. 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/parecer-no-072016ctlncofen_45800.html.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 895, de 31 de março de 2017. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, UCO, queimados e Cuidados Intermediários adulto e pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, DF [Internet]. 2017. Disponível em: http://www.sgas.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/sites/105/2016/08/Portaria_895_2017_UTI_UCO.pdf.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 137, de 08 de fevereiro de 2017. Altera a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº. 07, de 24 de fevereiro de 2010 [Internet]. 2017. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/

documents/10181/3219514/RDC_137_2017_.pdf/f1b5c939-4c63-4958-9220-08dbcabbc4cf.

19. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 570/2018. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e lista as especialidades. Brasília, DF [Internet]. 2018. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0570-2018_61172.html.
20. Morton PG, Fontaine DK. Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holísitca. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
21. Conselho Federal de Enfermagem. COFEN Resolução nº 0527/2016. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília, DF [Internet]. 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05272016_46348.html.
22. Conselho Federal de Enfermagem. COFEN Resolução nº 543/2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília, DF [Internet]. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html.
23. Rodrigues MA, De Paula RCC, Santana RF. Divergências entre legislações do dimensionamento de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva. Enferm. Foco [Internet]. 2017, 8(1): 12-16. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/758/370.
24. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF [Internet]. 1986. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o

Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília, DF [Internet]. 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0050_21_02_2002.html.

CAPÍTULO 3

CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA PARA A IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Edlamar Kátia Adamy
Adrean Scremin Quinto
Gloriana Frizon
Tania Maria Tacca Zunlowski
Suéli Regina Sulzbach
Susane Karine Kerckoff Machado

INTRODUÇÃO

O cuidado humano tem sido um tema presente nas discussões sobre o processo de trabalho em saúde e, mais particularmente, da enfermagem. Sabe-se que muitas profissões estão pautadas no cuidado, porém a enfermagem tem sido mais frequentemente associada a esta temática desde o seu surgimento na sociedade. Com o desenvolvimento da ciência, muitos conhecimentos foram produzidos, como o Processo de Enfermagem (PE), que pode ser descrito como um instrumento metodológico para o cuidado. É através dele que o enfermeiro percebe os problemas de saúde, planeja, implementa as ações e avalia os resultados.[1]

A qualificação do cuidado prestado pela enfermagem tem se estruturado a partir do uso de evidências científicas. O PE, ao ser inserido na prática clínica

do enfermeiro, fortalece a cientificidade do cuidado, que ocorre de forma organizada, com condutas assertivas e resolutivas em todos os níveis de assistência à saúde.[1] Com o PE, é possível estruturar e garantir o seguimento das informações entre a equipe de enfermagem, viabilizando avaliações para constatar a eficácia e a efetividade da assistência. Para a operacionalização do PE, emergem os Sistemas de Linguagem Padronizadas (SLP), contribuindo com as práticas baseadas em evidências, através da padronização das nomenclaturas em enfermagem. O PE e os SLP têm o objetivo de aprimorar a documentação do cuidado, visto que esses referenciais definem os diagnósticos, os resultados e as intervenções de enfermagem, padronizando e conferindo cientificidade aos registros.[2]

COMEÇO DE UMA TRAJETÓRIA DESAFIADORA E A SOLIDIFICAÇÃO DE PARCERIAS INSTITUCIONAIS

Em meados de 2014, por uma necessidade de ampliação de conhecimentos e organização dos processos de trabalho da enfermagem, buscou-se um instrumento metodológico que ordenasse o cuidado, de modo a organizar as condições necessárias à realização da assistência e documentação da prática profissional. Um modelo metodológico que possibilitasse identificar, compreender, descrever, explicar e ou antever as necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, em face de eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou potenciais, determinando os aspectos dessas necessidades que exigem uma intervenção profissional.

As frequentes solicitações de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC), demandas de Atividades Teóricas Práticas (ATP) e estágios por Instituições de Ensino Superior (IES), como a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e a Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ), relacionadas ao PE, confirmaram a necessidade da uniformização da assistência para aplicabilidade do PE no ambiente hospitalar. As IES apresentaram à gestão do Hospital Regional do Oeste (HRO), pertencente à Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (ALVF), um projeto para implantação e implementação do PE, seguindo a experiência exitosa

desenvolvida no Ambulatório de Radioterapia, em forma de TCC. O projeto foi aprovado de forma unânime pela Comissão de Educação Permanente e, posteriormente, encaminhado à apreciação e aprovação da Diretoria Administrativa da referida instituição. A proposta demandaria liberação de horas dos colaboradores de suas atividades assistenciais para encontros de estudo acerca do PE. Nesse momento, também se iniciaram as tratativas para oficializar a parceria institucional entre as IES em formato de convênio.

Para a operacionalização da implantação do PE, emerge a necessidade de definir a sustentação teórica, na qual se optou pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda de Aguiar Horta. Esse modelo sustenta-se em três princípios gerais: a lei do equilíbrio (homeostase) – todo o universo se mantém por processos de equilíbrio dinâmico entre os indivíduos; a lei da adaptação – os indivíduos procuram se manter em equilíbrio a partir da interação com o seu meio externo; e a lei do holismo – o todo não é simplesmente a soma das partes, mas o conjunto delas. Focalizada em níveis de necessidades afetadas, denomina-se o contexto das necessidades de nível psicobiológico, psicossocial e psicoespiritual.[3]

Foi acordado o uso das cinco etapas do PE, de acordo com a Resolução n. 358/2009, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Definiram-se, ainda, os sistemas de linguagem padronizada (SLP) a serem adotados pela instituição, optando-se por NANDA-*International*, que aborda os Diagnósticos de Enfermagem (DE), *Nursing Outcome Classification* (NOC), que propõe resultados, e *Nursing Intervention Classification* (NIC), intervenções de enfermagem. O uso de um SLP fornece estrutura para organizar o conhecimento, utilizando-se um raciocínio clínico indispensável para estabelecer hipóteses e interpretar diagnósticos. Para além das interpretações e decisões acuradas, é necessário avaliar as alterações do paciente de forma rápida e oportunizar uma proposta de intervenção nesta reavaliação. A avaliação de enfermagem é a pedra fundamental do raciocínio clínico e da assistência ofertada.[4]

Para a operacionalização da implantação e implementação do PE, optou-se por encontros quinzenais, com a presença de enfermeiros assistenciais, técnicos de enfermagem, gestores do HRO, docentes e discentes das IES. Com a evolução dos encontros e a proporção assumida pelas atividades dos grupos de trabalho, surgiu a necessidade da criação de uma comissão, para centralizar as demandas administrativas referentes ao PE. No segundo semestre de 2015, em comum

acordo entre a gestão de Enfermagem do HRO e IES, optou-se pela criação da Comissão do Processo de Enfermagem (COMPEnf), composta inicialmente pelas três IES e por enfermeiros representantes do HRO, com vistas a ampliar para toda ALVF, que é formada pela junção de três instituições: HRO, Hospital Augusta Muller Bhoner (Hospital da Criança) e Hospital Nossa Senhora da Saúde. A direção de enfermagem do HRO indicou seus representantes, e as coordenações de curso de graduação em enfermagem das IES indicaram os representantes de cada instituição de ensino.

Em 2016, ocorreu a pactuação entre a Diretoria Administrativa e a Diretoria de Enfermagem do hospital para liberação de horas para os profissionais de enfermagem envolvidos com os encontros, que são protagonistas em todas as etapas do processo, ou seja, elaboração, construção, implantação e implementação do PE. Até então, os profissionais do HRO realizavam as atividades de forma voluntária. Neste mesmo ano, foi homologado o convênio de parceria, através da portaria nº 010/2016, entre ALVF e as IES, em que foram firmadas as atividades da COMPEnf.

A finalidade da COMPEnf é reciclar saberes e práticas desenvolvidas no cotidiano pelos profissionais de enfermagem, estudar e propor metas, agregar conhecimentos teóricos, para subsidiar a prática dos profissionais, instrumentalizá-los para uma prática qualitativa. Tais finalidades, bem como objetivos, estrutura, organização e funcionamento foram estabelecidos por meio da elaboração de um regimento interno da comissão.[5]

Atualmente, a comissão atua com encontros mensais, que ocorrem nas dependências do HRO, com o intuito de organizar as demandas para aplicabilidade e operacionalização do PE nas unidades, bem como avaliação e *feedback* dos procedimentos adotados. Para além de tais atividades internas da COMPEnf, os integrantes atuam, *in loco*, em visitas de suporte e treinamentos às equipes, além de auditar/avaliar prontuários para identificar indicadores quantitativos e qualitativos implantação e implementação do PE nas unidades hospitalares.

A COMPEnf elaborou um planejamento/cronograma de implantação e implementação do PE para atender, gradativamente, todas as unidades de assistência de enfermagem, tendo como meta, ao final do ano de 2022, obter a totalidade de implantação do PE nas unidades de abrangência do HRO e do Hospital da Criança.

O PROCESSO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Como unidade de escolha para execução do projeto-piloto, definiu-se pela Unidade de Terapia Intensiva Geral (UTI). A escolha unânime deu-se pelas experiências preexistentes na unidade onde os enfermeiros realizavam, como rotina, os registros de cuidados aos pacientes em forma de prescrição de enfermagem, ainda que não de forma sistematizada e sustentada por um SLP. Por ser um setor complexo, no qual os técnicos de enfermagem e enfermeiros se mostraram engajados com a proposta e relataram ser constantemente desafiados a situações difíceis, que necessitam de respostas rápidas e exigem, portanto, maior atenção e controle, tanto para a avaliação clínica quanto para o uso dos recursos tecnológicos, os profissionais de enfermagem da UTI aceitaram o desafio.

O primeiro encontro possibilitou a reflexão das ações entre os diferentes atores (enfermeiros assistenciais, técnicos de enfermagem, gestores do HRO, docentes e discentes das IES), com vistas a compreender significados e permitir aos atores serem os protagonistas da implantação e implementação do PE. As reflexões foram embasadas no conceito primitivo de cada participante sobre os seguintes termos: paciente, enfermagem e cuidado. As concepções dos atores foram afixadas em um painel para discussão a partir destes conceitos, da teoria de enfermagem selecionada e sua importância para os profissionais, tendo em vista que a teoria fundamenta as ideias e as concepções no contexto proposto mediante os significados atribuídos.

Em outros termos, a teoria suscita o significado do conceito, em que uma palavra pode adquirir diferente significado dependendo do contexto atribuído. Pode-se dizer que se alterarmos o sentido de uma palavra, altera-se o sentido da teoria. Assim, a melhor forma de esclarecer um conceito é explanar a teoria no qual ele está inserido. Daí a importância da escolha de uma teoria para sustentar o PE, visando assegurar a prática assistencial.[6]

Refletir sobre o objeto do cuidado reflete na valorização da vida; logo, ao refletir sobre o cuidado, é possível compreender que as atitudes dos profissionais de enfermagem necessitam ser constantemente reavaliadas. Com o advento das teorias de enfermagem, a prática adquire um novo olhar, um novo enfoque e

uma nova conduta. O PE desenha-se como a solução para que a prática de enfermagem consiga o desejado reconhecimento agregador ao cuidado do paciente.[7]

No encontro subsequente, a reflexão acerca da teoria definida, realizou-se uma apresentação das etapas do PE relacionando-as aos SLP. Também foi apresentado ao grupo como utilizar os livros para definição dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Num processo de organização das fases de implantação do PE na UTI, o grupo optou por construir um instrumento de registro do Histórico de Enfermagem (HE) a partir dos domínios de NANDA-I, taxonomia que define os Diagnósticos de Enfermagem (DE). Nesse sentido, antes de construir o instrumento de registro do HE, foi necessário definir os DE a serem utilizados na UTI.

Para a etapa de definição dos DE a serem utilizados, criou-se quatro subgrupos, compostos, minimamente, por um enfermeiro assistencial e um técnico de enfermagem da UTI, um docente e um discente. Os DE foram elencados levando-se em consideração o perfil clínico dos pacientes atendidos na UTI. Cada subgrupo ficou responsável por analisar, em média, 55 diagnósticos de NANDA-I, de acordo com os respectivos domínios. Exemplo: subgrupo 1 (Domínios 1, 2, 3 e 4), subgrupo 2 (domínios 5, 6, 7, 8 e 9), subgrupo 3 (domínios 9, 10, 11, 12 e 13), sendo responsabilidade de cada subgrupo estudar e definir os diagnósticos existentes nos seus respectivos domínios e elencar quais deles possuem o perfil clínico adequado para o setor de UTI.

Após oito encontros para estudo e definição dos DE, os subgrupos reuniram-se no grande grupo para apresentar e definir os diagnósticos a serem utilizados na UTI. No total, foram selecionados 43 DE prioritários com suas respectivas características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco.

Esse DE pode ser real, com foco no problema; DE de risco refere-se ao potencial do indivíduo, família ou comunidade em desenvolver uma resposta humana indesejada; e DE de promoção da saúde relaciona-se à motivação e ao desejo de aumentar o bem-estar.[8] Os DE consistem no julgamento clínico a partir dos dados coletados do indivíduo. Realiza-se com base nas respostas humanas e condições de saúde/processos de vida. Ou, ainda, na suscetibilidade que o indivíduo, família ou comunidade tem de desenvolver essa resposta. Ele apresentará um título, uma definição clara e indicadores diagnósticos. Esses indicadores incluem: características definidoras (CD), associadas aos sinais ou sintomas; fatores relacionados, utilizados em diagnósticos reais, que incluem etiologias, circunstâncias,

fatos ou influências; fatores de risco, utilizados em diagnósticos de risco, que se referem a influências responsáveis por aumentar a vulnerabilidade a eventos não saudáveis. A versão NANDA-I 2018-2020 apresenta duas novas categorias: "população de risco" e "condições associadas". A primeira refere-se a grupos de indivíduos que se tornam suscetíveis a respostas humanas em consequência de determinadas características compartilhadas, e as condições associadas estão relacionadas a diagnósticos médicos, procedimentos, lesões e demais contextos que não são independentes modificáveis pela enfermagem. O DE serve como base para a definição dos cuidados de enfermagem que serão prestados em busca de resultados positivos.[8]

Com a definição dos DE, passa-se a construir um instrumento de coleta de dados do paciente. No caso, para este hospital, optou-se por definir como HE. Este instrumento apresenta-se voltado aos domínios de NANDA-I, em que os primeiros questionamentos focam em promoção da saúde, segurança e proteção, por exemplo. Desse modo, o enfermeiro consegue ter um norte sobre em qual domínio procurar por diagnósticos que possam solucionar os potenciais problemas evidenciados ainda na coleta de dados, trazendo maior praticidade na implementação do PE.

Essa etapa inicial do PE consiste na investigação, momento no qual o profissional busca conhecer o paciente e identificar seus problemas, reais ou potenciais, através da anamnese e exame físico, representando, assim, uma ferramenta fundamental para a coleta de dados necessários, cuja finalidade é dar subsídio às etapas do cuidado.[9] Cabe salientar que o HE construído considera os sinais e sintomas, identifica fenômenos de saúde e reflete as respostas aos acontecimentos a partir dos diagnósticos. Durante sua estruturação, estabeleceram-se debates entre os atores, abordando os desafios da relação interpessoal no âmbito da UTI e suas particularidades, reconhecendo a sua exequibilidade e considerando a família/cuidador como elemento fundamental no processo de registro da situação de saúde/doença.

O instrumento de registro do HE aborda a anamnese e o exame físico, considerando as condições globais do usuário e utilizando os métodos propedêuticos que exigem conhecimentos do profissional quanto aos limites de normalidades e anormalidades do que se está avaliando. Os elementos essenciais apresentados pelos indivíduos e ou família/cuidador são registrados no prontuário, considerando os domínios da NANDA-I e os pressupostos da teoria de Horta, que

abrangem os aspectos biológicos, social, espiritual, emocional e ambiental. A utilização do SLP de forma sistematizada é possível somente com uma anamnese e exame físico acurado.

O registro do HE foi realizado em formulário próprio, preenchido manualmente e anexado ao prontuário, com coleta de assinatura do paciente ou do responsável pelas informações apresentadas como uma forma de garantia jurídica pelas informações nele contido. Frisa-se que, após alguns dias de uso da primeira versão do HE, foi necessária uma revisão da estrutura do mesmo para atender as demandas da unidade.

Figura 1: Modelo de Histórico de Enfermagem implantado na Unidade de Terapia Intensiva

Etiqueta
Nome:______________________________
Registro:____________________________
Setor:_____________ Leito:_____________
Data da Internação:____________________

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM – UTI – HRO

Descrever motivo da internação: ____
____
____
____

Quem é a pessoa de referência____
____
Contatos telefônicos:____
____
Ciente em relação aos casos de possíveis "golpes" via telefônico. ( ) Sim ( ) Não

PROMOÇÃO DA SAÚDE /SEGURANÇA E PROTEÇÃO

Tabagismo: ( ) não ( ) sim tempo_________________quantidade/dia____________________
Alcoolismo: ( ) não ( ) sim tempo/ tipo ______________quantidade/dia ____________________
Drogas Ilícitas: ( ) não ( ) sim tempo/ tipo ____________ quantidade/dia ____________________
Tratamento de saúde e/ou medicamentos que faz uso e/ou terapias alternativas e/ou participa de programa de prevenção periódico da saúde mulher/homem: ( ) não ( ) sim qual (ais)? ____________________
____
____
Alergias: ( ) não ( ) sim qual (ais)?____
Doença(s) crônica(s): ( )não ( ) sim qual (ais)? ____________________________________
____
Internações anteriores nos últimos 12 meses? ( ) não ( ) sim, motivo?____________________
____
Cirurgias anteriores: ( ) não ( ) sim qual (ais)/ tempo? ______________________________
Vacinação nos últimos 12 meses: ( ) não ( ) sim, qual?_______________________________
Viagem fora do estado de Santa Catarina nos últimos 12 meses: ( ) não ( ) sim, local____
Conhecimento insuficiente do Acompanhante/ cuidador, referente as informações sobre o paciente :
( ) não ( ) sim ( ) sobre história de saúde ( ) sobre cuidados domiciliares
Descrever ____
( ) Sem Informações prévias, ausência de cuidador ____________________________________
Com quem reside:______________________ Número de filhos:_______________________
Ocupação/atividades diárias:____
____
Atividade física: ( ) não ( ) sim frequência?____
Hábitos de lazer/costume: ____
____
O que podemos utilizar como distração?_______________________________________
Outras informações:____
____
____

Instrumento criado com o apoio acadêmico de docentes/ discentes das universidades de enfermagem de Chapecó:

Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS
Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC
Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ

Etiqueta
Nome:______________________________
Registro:____________________________
Setor:____________ Leito:____________
Data da Internação:___________________

CONFORTO
Situação de dor aguda
Dor aguda: ( ) Não ( ) Sim Descrever: ____
____
( ) Expressão facial de dor: ( ) Não ( ) Sim ( ) Espontânea ( ) Estimulada

<u>AUTOPERCEPÇÃO/</u> PAPEIS E RELACIONAMENTOS/ ENFRENTAMENTO/ PRINCÍPIOS DA VIDA
PERCEPÇÃO/ COGNIÇÃO/TOLERÂNCIA AO ESTRESSE
GLASGOW _____________ RAMSAY ______________
Pupilas: ( ) IFR ( ) AFR_____ ( ) INR ( )Miótica ( )MF ( )Midriática
Reflexo córneo palpebral: ( ) não ( ) sim ( ) Direito ( ) Esquerdo ( ) Não se aplica

Descrever condições visuais e auditivas prévias
____
____
____

Comunicação:
( ) Preservada
( ) Barreira mecânica (traqueostomia ou intubação) ( ) Condições fisiológicas inadequadas
( ) Diferenças culturais ( ) Prejuízo no sistema nervoso central ( ) Regime de tratamento ( ) Desorientação
( ) Verbalização inadequada
Atividade Motora: ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Preservada: Caracterização: ( ) Hemi ( ) para ( ) tetra
Localização: Direito ( ) Esquerdo ( ) Membro______________________________( ) NA

RESPOSTA CARDIOVASCULAR/ PULMONAR:
Pele: ( ) Pálida ( ) Escurecida ( ) Cianótica ( ) normal ( ) Outro______________________________
Pulsos: ( ) Cheio ( ) Filiforme ( ) Rítmico ( ) Arrítmico ____________________________________
Bulhas
cardíacas:____
Alterações eletrocardiográficas____
( ) Presença de marcapasso ( ) Substituição de válvula cardíaca Qual________________________
( ) Palpitações, dor Torácica, Ansiedade Inquietação
____
( ) Fadiga e ou fraqueza aos esforços
( ) Dispnéia ( ) Excursão torácica Alterada ( ) Agitação ( ) Torpor ( ) Dor ( ) Fadiga ( ) estridor laríngeo
( ) Diaforese (sudorese excessiva) ( ) Uso aumentado da musculatura acessória
( ) Respiração agônica (tipo Gasping) ( ) Prejuízo musculoesquelético/neuromuscular
Ausculta Pulmonar: ( ) MV ( ) MV ↓ ( ) à esq. ( ) à dir. ( ) Ápice ( ) Base
( ) Roncos ( )Sibilos ( )Crepitações ( ) Tosse ( ) Produtiva ( ) seca ( ) estertores bolhosos
( ) Presença de secreção Descrever____

( ) Ar Ambiente ( ) Cateter Nasal____L/min ( ) Máscara de Ventury __l/min____%

Instrumento criado com o apoio acadêmico de docentes/ discentes das universidades de enfermagem de Chapecó:

Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS
Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC
Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ

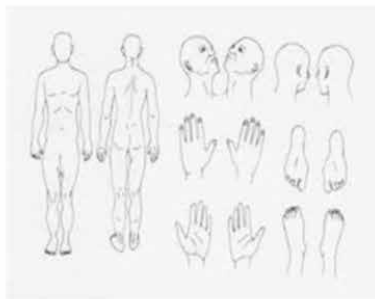
Etiqueta
Nome:___
Registro:___
Setor:___ Leito:___
Data da Internação:___

( ) Máscara com reservatório ___l/min ( )T ayre ( ) TNT ( ) TOT ( ) Outros________ ( )
( )VMI ( ) VNI Modo_____ PEEP_____ FR____ FIO2_____ SPO2 ___________________

NUTRIÇÃO/ SEGURANÇA E PROTEÇÃO
Hábitos Alimentares ___

Ingesta alimentar/ Náuseas/Deglutição
( )Jejum, quantas horas, motivo___
Alimentação Oral adequada
( ) Não ( ) Sim Descrever___
( ) Nutrição enteral ( ) gastrostomia ( ) jejunostomia ( ) SNE ( ) SNG
Tipo de dieta e vazão: ___
( ) Nutrição Parenteral e vazão:___
( ) Êmese ( )Gosto amargo na boca ( ) Náusea ( ) Salivação aumentada
( ) Tosse, Engasgo, Presença de secreção antes de deglutir ( ) deglutição prejudicada
Alteração na albumina sérica ( ) Não ( ) Sim Valor ______
Hidratação
Descrever hábitos de Hidratação (quanto ingere de água em ml):
___

( ) Perda súbita de peso
( ) Mucosas e pele secas
( ) Alteração de turgor ( ) pele ( ) língua
( ) Edema Local___________________
Lesão física
( )Lesões orais___
( )Aparelhos de correção dental
( ) ↓ Perfusão tissular, Forças abrasivas, Cisalhamento, Atrito, Pressão
( ) Imobilização, Contenção
( ) Pele úmida (Incontinência, Extravasamento)
( ) Proeminências ósseas.
Local___
( ) Lesão tecidual ___

Cicatrização: ( ) 1ª ( ) 2ª ( ) 3ª
( )ADULTO: escore na Escala de Braden<18.

Instrumento criado com o apoio acadêmico de docentes/ discentes das universidades de enfermagem de Chapecó:

Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS
Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC
Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ

Etiqueta
Nome:____________________________
Registro:__________________________
Setor:____________ Leito:____________
Data da Internação:__________________

Termorregulação
( )Alteração da temperatura corporal
( )Pele fria
( )Tremor

Infecção
( ) Imunossupressão
( ) Procedimento invasivo
( ) Aumento da exposição ambiental a patógenos

ELIMINAÇÃO E TROCA

Função urinária
Descrever hábitos da Eliminação urinária____

( ) Incontinência urinária
( ) Retenção urinária
( ) Distensão vesical (globo vesical)
( ) Sensação de bexiga cheia
( ) Hematúria, Piúria, Sedimentos,
Outros:_________________________

Função gastrointestinal
Descrever hábitos da Função gastrointestinal ______________________________________

( ) Abdome distendido
( ) Dor ao evacuar
( ) Dor abdominal e ou cólicas
( ) Fezes duras e formadas
( ) Fezes líquidas/frequência __________
( ) Fezes semi pastosas
( ) Ausência de evacuação/dias _________
( ) Dificuldade para evacuar __________
( ) Macicez à percussão abdominal
( ) Massa abdominal palpável
( ) Ruídos intestinais: ( )hiperativos ( ) hipoativos
( ) normal
( ) Incontinência intestinal

Atividade/ Repouso

Sono e repouso
Descrever hábitos de sono e repouso____

( ) Barreira, Ruído Ambiental
( ) Exposição a Luz
( ) Agente farmacológico
( ) Ansiedade
( ) Despertar não intencional
( ) Dificuldade em iniciar o Sono

Atividade e exercício:
( ) Alteração na função cognitiva
( ) Restrições Prescritas de movimento
( ) Prejuízos musculoesquelético e ou neuromusculares
( ) Movimento descoordenado (agitação)
( ) Desconforto e ou dor

Responsável pelas informações:_______________ Assinatura:______________________________

Enfermeiro(a):____

Instrumento criado com o apoio acadêmico de docentes/ discentes das universidades de enfermagem de Chapecó:

Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS
Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC
Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ

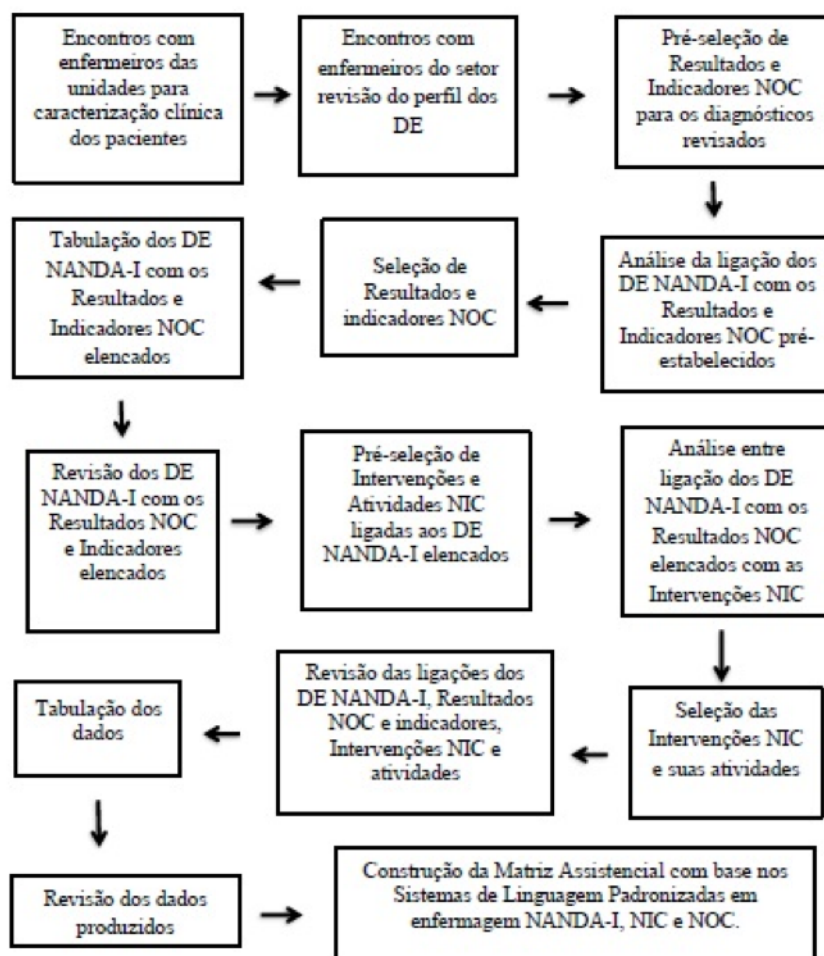
Fonte: COMPEnf (2017).

Imediatamente após essa etapa, os enfermeiros da UTI passaram a utilizar a planilha com os DE e o instrumento de HE, com o intuito de validá-los na prática clínica. Concomitantemente, seguia-se com os encontros dos subgrupos para elencar as ligações dos DE da NANDA-I com os resultados esperados de NOC em relação a cada DE, e da ligação destes resultados com as intervenções de enfermagem de NIC – ligação NNN. Essas ligações foram organizadas em uma tabela denominada Tecnologia Assistencial do Tipo Matriz (TeAM).

CONSTRUÇÃO DA TECNOLOGIA ASSISTENCIAL DO TIPO MATRIZ

A TeAM caracteriza-se como um documento norteador, contemplando a interligação NNN, através de planilhas no sistema Office Calc. Além da TeAM, foi construído um formulário de PE no sistema Office Writer, possibilitando estabelecer o planejamento da assistência de enfermagem a partir da interligação do SLP.

A construção da TeAM para a implementação do PE caracterizou-se como uma ferramenta utilizada para coletar e dispor dados, uma vez que auxilia na tomada de decisões. Foi necessário organizá-la de modo que a leitura e a interpretação facilitassem a compreensão e o manuseio pelos profissionais que a utilizariam. Sua construção se deu a partir de encontros divididos por execução de etapas de produção apresentados na Figura 2.

Figura 2: Construção da matriz para a implantação e implementação do Processo de Enfermagem

Fonte: Vicari; Adamy; Argenta (2017)[10]

A organização da TeAM é feita por domínios de NANDA-I; cada tabela da planilha corresponde a um domínio, no qual haverá a ligação NANDA-I, NIC e NOC para cada DE inicialmente selecionado pelos subgrupos, articulada em três colunas, sendo uma coluna para o DE, outra para o Resultado de Enfermagem (RE) e uma para a Intervenção de Enfermagem (IE). Na coluna do DE, abaixo

do título do DE, estarão apresentados sua definição, características definidoras, fatores relacionados ou fator de risco, condições associadas e população de risco. Na segunda coluna, RE, será apresentada a definição de NOC, título do RE e indicadores avaliados através de um espaço destinado à escala likert. Na terceira coluna, de IE, apresenta-se o título da intervenção, sua definição e em seguida as atividades a serem prescritas.

Figura 3: Tecnologia Assistencial do tipo Matriz

Pagina 385
Codigo 00046
Classe 2: Lesão Fisica
Integridade da pele prejudicada
Definição: Epiderme e/ou derme alterada.

Fatores Relacionados	Características Definidoras	Condições associadas	População em Risco
Externos • Agente químico lesivo • Excreções • Hidratação • Hipertermia • Hipotermia • Pressão sobre saliência óssea • Secreções • Umidade Internos • Alteração no volume de líquidos • Fator psicogênico • Nutrição inadequada .	• Alteração na integridade da pele • Área localizada quente ao toque • Dor aguda • Hematoma • Matéria estranha perfurando a pele • Sangramento • Vermelhidão	• Agente farmacêutico • Alteração hormonal • Alteração na pigmentação • Alteração na sensibilidade • Alteração no metabolismo • Alteração no turgor • Circulação prejudicada • Immodeficiência • Punção arterial • Radioterapia • Trauma vascular	• Extremos de idade

Definição: Integridade estrutural e a função fisiológica normal de pele e mucosas

RESULTADOS DE ENFERMAGEM	BASAL	ESPERADO	OBTIDO
Integridade tissular: Pele e mucosas - 1101			
Indicadores:			
Temperatura da pele	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Elasticidade	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Hidratação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Transpiração	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Perfusão tecidual	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Integridade tecidual	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Pigmentação anormal	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Tecido cicatricial	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Cânceres de pele	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Rachaduras de pele	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Eritema	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Necrose	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Definição: Gravidade da dor observada ou relatada.

RESULTADOS DE ENFERMAGEM	BASAL	ESPERADO	OBTIDO
Nivel de Dor - 2102			
Indicadores:			
Dor relatada	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Cuidados com lesões - 3660

Definição: prevenção de complicações e promoção de cicatrização de lesões

•Remover curativo e fita adesiva
•Tricotomizar ao redor da área afetada, se necessario
•Monitorar as características da lesão, incluindo drenagem, cor, tamanho e odor
•Medir o leito da lesão, conforme apropriado
•Limpar com soro fisiológico ou substancia atóxica, conforme apropriado
•Oferecer cuidados ao local da incisão, se necessário
•Administrar cuidados na úlcera de pele, se necessario
•Aplicar pomada apropriada na pele/lesão, conforme apropriado
•Aplicar curativo, se necessário
•Manter técnica asséptica durante a realização do curativo ao cuidar da lesão, conforme apropriado
•Trocar o curativo conforme a quantidade de exsudato e drenagem
•Examinar a lesão a cada troca de curativo
•Comparar e registrar regularmente todas as mudanças na lesão
•Posicionar o paciente de modo a evitar a tensão sobre a lesão, conforme apropriado
•Reposicionar o paciente a intervalos de pelo menos 2 horas, conforme apropriado
•Encaminhar o paciente para a comissão de feridas, conforme apropriado
•Encaminhar paciente para nutricionista, conforme apropriado
•Colocar dispositivos de alívio de pressão (1. e, colchões de baixa perda de ar, espuma ou gel, almofadas ou protetores de cotovelo e calcanhares almofadas para cadeira), conforme apropriado
•Orientar o paciente e seus familiares sobres sinais e sintomas de infecção

Fonte: elaborada pelos autores (2017).

Como se trata de uma matriz, na qual os dados podem ser dispostos e coletados, o enfermeiro poderá avaliar quais características definidoras, fatores relacionados ou de risco, quais resultados e indicadores e quais intervenções e prescrições são adequadas ao paciente em atendimento. Ou seja, a matriz serve como um auxílio, com sugestões a serem selecionadas, não sendo obrigatório o uso de tudo que está disposto nela, garantindo a autonomia da prática profissional. Ao final, o enfermeiro concretiza a ação relacionando estas etapas do PE através do raciocínio clínico e da prática baseada em evidências, de forma padronizada e com a garantia de maior cientificidade em suas ações.

Com o PE implantado na UTI em todas as suas etapas, os encontros passaram a ser mensais para revisão e estudos de caso clínico com o intuito de provocar discussões e fortalecimentos na tomada de decisão dos enfermeiros. Autores apresentam estudos de caso como estratégia de investigação, definindo que eles

podem ser sobre algo definido num plano mais abstrato, como o processo de implantação e mudanças organizacionais. No caso do hospital e da metodologia em questão, os encontros para a apresentação dos estudos de caso têm grande valia, pois permitem observar, de forma ampla e realística, como os instrumentos desenvolvidos estão sendo aplicados na prática e, a partir das discussões, são identificadas e realizadas as adaptações cabíveis, quando e conforme necessário.[11-14]

Com intuito de agilizar o registro do PE, após dois anos do início do uso da TeAM, iniciou-se a organização do PE no sistema informatizado. O software GEHOSP, utilizado pelo HRO, não continha espaço para o registro do PE. Diante disso, a instituição solicitou auxílio à IES para alimentar o sistema informatizado de acordo com as TeAM elaboradas. Os estudantes bolsistas e voluntários do programa de extensão responsabilizaram-se por alimentar o software, que contou com o registro de 39 DE, 41 RE e 74 IE para a UTI, baseados no perfil clínico dos pacientes internados nessa unidade, além de auxiliar nas orientações acerca do uso do sistema informatizado aos profissionais enfermeiros. A utilização do sistema informatizado tornou o processo de registro do PE mais simples e prática, uma vez que os enfermeiros detinham a compreensão de como foi elaborada a TeAM. A informatização teve como princípio agilizar e facilitar os registros do PE, reduzindo o tempo designado pelos enfermeiros para a operacionalização do PE e garantindo maior tempo para a assistência direta ao paciente. Além disso, facilita o raciocínio clínico, uma vez que, dispõe de ligações NANDA-I, NIC e NOC pré-elaboradas, sistematizando o registro das práticas de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que a articulação ensino-serviço foi impulsivo no fortalecimento da implantação e implementação do PE na instituição. Considera-se a metodologia adotada pela COMPEnf durante as rodas de conversa e a construção das TeAM como fortalecedora da percepção dos enfermeiros, docentes e discentes no que tange a aplicabilidade prática do PE, operacionalizando-o para além de conceitos teóricos com vistas à resolutividade dos problemas de saúde dos pacientes com base em evidências científicas com o uso dos SLP.

Mesmo com os avanços, ainda há muito a ser feito, tanto no cumprimento das metas de cobertura de todos os setores e as unidades da ALVF, como na capacitação dos profissionais e produção de conhecimento na área. Entretanto, até o momento, o grupo de trabalho superou dificuldades logísticas, da falta de envolvimento dos profissionais e de tecnologia apropriada, demonstrando que o objetivo maior, ao ser liderado por esforços mútuos, sobrepõe os obstáculos.

REFERÊNCIAS

1. Souza MFG, Santos ADB, Monteiro, AI. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. Revista Brasileira de Enfermagem. 2013; 66(2): 167-173. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267028666003.
2. Psicotty Ronald J, Kalisch Beatrice, Gracey-Thomas Angel. Impact of Healthcare Infor-mation Technology on Nursing Practice. Journal of Nursing Scholarship. 2015; 47 (4): 287–293. Disponível em: https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/jnu.12138
3. Horta WA. O processo de enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.
4. Carvalho EC, Cruz DALM, Herdman TH. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. Rev. bras. enferm. 2013; 66(esp): 134-141. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000700017&script=sci_abstract&tlng=pt
5. Adamy EK, et al. Integração ensino-serviço: estratégia para a consolidação do processo de enfermagem. In: VENDRUSCOLO C, et al. Educação permanente em saúde de Santa Catarina: entre cenários e práticas. Porto Alegre: Rede Unida: 227-238, 2018.
6. Bousso RS, Poles K, Cruz DALM. Nursing concepts and theories. Rev. esc. enferm. USP. 2014; 48(1):141-145. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100141&lng=en

7. Siewert JS, Rodrigues DB, Malfussi LBH, Andrade SR, Erdmann AL. Gestão do Cuidado Integral em Enfermagem: reflexões sob a perspectiva do pensamento complexo. REME – Rev Min Enferm. 2017; 21(e-1047). Disponível em: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1185

8. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnóstico de enfermagem da NANDA I-. Definições e classificações 2018-2020. Tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros, et al. 11ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

9. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

10. Vicari G, Adamy EK, Argenta C. Construção de protocolo assistencial para pacientes em tratamento radioterápico com base nos sistemas de linguagem padronizadas de enfermagem NANDA-I, NIC E NOC. Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Enfermagem]; Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC; 2017.

11. Yin, R. Applications of case study research. Beverly Hills, CA: Sage Publishing, 1993.

12. Yin, R. Estudo de Caso. Planejamento e Métodos. Porto Alegre: Bookman, 2005.

13. Stake, R. E. Investigación con estudio de casos. Madrid: Morata, 1999.

14. Rodríguez GG, Flores JG, Jiménez EG. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Ediciones Aljibe, 1999.

CAPÍTULO 4

TECNOLOGIA ASSISTENCIAL DO TIPO MATRIZ CONTENDO DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM PARA PACIENTES EM TRATAMENTO INTENSIVO

Carla Argenta
Edlamar Kátia Adamy
Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt
Gabriela Vicari
Kauana Caregnatto
Patrícia Poltronieri

INTRODUÇÃO

A implantação/implementação do Processo de Enfermagem (PE) caracteriza-se em uma necessidade emergente em muitos cenários de cuidado. Analisando a prática profissional dos enfermeiros, entende-se que o PE e suas etapas estão presentes na atuação do enfermeiro, entretanto, há necessidade de padronização da linguagem e qualificação dos registros.

Em se tratando de padronização da linguagem, há algumas possibilidades de classificações disponíveis, dentre elas, a Nanda Internacional (NANDA-I)1, a Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)2 e a Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)3 – NNN. Enfermeiros, docentes e estudantes

de enfermagem relatam, todavia, dificuldades com o manuseio das classificações na aplicabilidade do PE. Sendo assim, por meio de um programa de extensão universitária, docentes e estudantes de três universidades do município de Chapecó, Santa Catarina, em parceria com enfermeiros e técnicos de enfermagem do Hospital Regional do Oeste, se propuseram a desenvolver, por meio da integração ensino-serviço, uma tecnologia assistencial do tipo matriz.

Essa tecnologia se originou de inúmeros encontros teóricos e práticos para definição dos diagnósticos de enfermagem que compunham o perfil clínico dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, suas intervenções e resultados de enfermagem.4,5 A tecnologia assistencial do tipo matriz, apresentada a seguir, pode ser utilizada por enfermeiros, docentes e estudantes de enfermagem na prática clínica de cuidado ao adulto em tratamento intensivo e pode ser adaptada para cada realidade, com a retirada ou inserção de diagnóstico de enfermagem e suas ligações. Além disso, esta tecnologia pode subsidiar a informatização do PE.

TECNOLOGIA ASSISTENCIAL DO TIPO MATRIZ

A apresentação da tecnologia assistencial do tipo matriz se dará a partir dos diagnósticos de enfermagem com base nos domínios da NANDA-I[1]. As ligações foram organizadas em quadros e cores: azul - diagnósticos de enfermagem; verde - resultados e indicadores de enfermagem; e amarelo - intervenções e atividades de enfermagem (Quadros 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8).

Quadro 1: Ligação entre diagnósticos de enfermagem vinculados ao domínio 2 da NANDA-I, suas intervenções e resultados de enfermagem

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		RESULTADO DE ENFERMAGEM			
Nutrição desequilibrada menor que as necessidades corporais Definição: Ingestão insuficiente de nutrientes para satisfazer as necessidades metabólicas.		**Estado Nutricional** Definição: O quanto os nutrientes são ingeridos e absorvidos para atender ás necessidades metabólicas.			
Fatores Relacionados	Características Definidoras	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Ingestão alimentar insuficiente	Diarreia	Ingestão/ Absorção de Nutrientes	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Dificuldade de absorver alimentos	Dor abdominal				
Incapacidade de digerir e ingerir alimentos	Fraqueza dos músculos responsáveis pela deglutição				
	Informações erradas e/ ou insuficientes				
	Interesse insuficiente pelos alimentos				
	Perda de peso com ingestão adequada de alimentos				
	Fraqueza muscular (Tônus)				

<table>
<tr><th>INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th>ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td rowspan="6">Controle de Distúrbios Alimentares
Definição: Prevenção de tratamento de restrição alimentar grave e excesso de exercícios ou período de excesso alimentar e provocação de vômito de alimentos e líquidos.</td><td>Monitorar o peso do paciente rotineiramente.</td></tr>
<tr><td>Monitorar ingestão e eliminação e líquidos, conforme o apropriado.</td></tr>
<tr><td>Reunir-se com o nutricionista para determinar a ingestão calórica diária necessária para atingir e/ou manter o peso alvo.</td></tr>
<tr><td>Tomar providências corretivas em resposta à perda de peso ou falta de ganho de peso.</td></tr>
<tr><td>Monitorar a ingestão diária de alimentos calóricos.</td></tr>
<tr><td>Aceitação da dieta enteral.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td colspan="2">Deglutição prejudicada
Definição: Funcionamento anormal do mecanismo da deglutição associado a déficits na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica.</td><td colspan="4">Estado de Deglutição
Definição: Passagem segura de líquidos e/ou sólidos da boca até o estômago.</td></tr>
<tr><td>Fatores Relacionados</td><td>Características Definidoras</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Condição respiratória</td><td>Tosse antes de deglutir</td><td>Aceitação dos alimentos</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Hipotonia laríngea e dos músculos da mastigação</td><td>Alimento cai da boca</td><td>Tosse</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Anormalidade relacionada a problemas neurológicos</td><td>Engasgo antes de deglutir</td><td>Desconforto ao deglutir</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Desnutrição proteico e calórica</td><td>Babar</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Obstrução mecânica relacionada ao tubo orotraqueal</td><td>Mastigação ineficiente</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

Problemas de alimentação relacionados ao comportamento	Fechamento incompleto dos lábios				
Prejuízo neuromuscular	Acúmulo de alimento na boca				
Comprometimento no nervo craniano, especificar, por tumor, AVC, trauma	Alimento é empurrado para fora da boca				
Defeitos anatômicos adquiridos: laringe, cavidade nasofaríngea, nasal e traqueal	Demora na deglutição				
	Odinofagia				
Paralisia cerebral	Recusa do alimento				
	Percepção da presença de secreção				
	Dificuldade para deglutir				
	Dor epigástrica				
	Deglutição repetida				
	Hematêmese				
	Limitação de volume				
	Vômito				

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Terapia de Deglutição Definição: Facilitação da deglutição e prevenção de complicações de uma deglutição prejudicada.	Colaborar com outros membros da equipe de cuidado (i.e., terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e nutricionista) para dar continuidade ao plano de reabilitação do paciente.
	Orientar o paciente/cuidador sobre necessidades nutricionais e modificações na dieta, em colaboração com um nutricionista.
	Auxiliar a manter a ingesta adequada de líquidos e calorias.
	Monitorar o peso corporal.
	Auxiliar paciente a se sentar em posição ereta para se alimentar e se manter sentado por 30 minutos após concluir as refeições.
	Monitorar sinais e sintomas de aspiração.
	Monitorar sinais de fadiga durante a alimentação, bebida e deglutição.
	Providenciar cuidados bucais, conforme necessidade.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM			
Risco de glicemia instável Definição: Vulnerabilidade à variação dos níveis de glicose/açúcar no sangue em relação à variação normal, que pode comprometer a saúde.	**Gravidade da Hiperglicemia** Definição: Gravidade dos sinais e sintomas de níveis elevados de glicose sanguínea.			
Fatores de Risco	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Alteração do estado mental	Hálito cetônico	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Estresse excessivo	Glicose sanguínea elevada	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Ingestão alimentar insuficiente	**Gravidade da Hipoglicemia** Definição: Gravidade dos sinais e sintomas da diminuição de glicose sanguínea.			
Perda de peso excessiva	Níveis de glicose sanguínea diminuídos	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Controle da Hiperglicemia Definição: Prevenção e tratamento de níveis de glicose sanguínea acima do normal.	Monitorar os níveis de glicose sanguínea conforme o indicado.
	Monitorar sinais e sintomas de hiperglicemia: poliúria, polidipsia, polifagia, fraqueza, letargia, mal-estar, visão borrada, ou dores de cabeças.
	Administrar insulina, conforme prescrito.
	Administrar potássio, conforme prescrito.
	Fornecer higiene oral, se necessário.
Controle da Hipoglicemia Definição: Prevenção e tratamento de níveis baixos de glicose sanguínea.	Identificar paciente de risco.
	Determinar reconhecimento de sinais e sintomas de hipoglicemia.
	Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia (tremores, tremor, sudorese, nervosismo, ansiedade, irritabilidade, impaciência, taquicardia, palpitações, calafrios, tonturas, palidez, fome, náuseas, dor de cabeça, choro durante o sono, parestesia, mudanças de comportamento, confusão, coma, convulsões).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM			
Risco de desequilíbrio eletrolítico Definição: Vulnerabilidade à mudança nos níveis de eletrólitos séricos capaz de comprometer a saúde.	**Equilíbrio Eletrolítico** Definição: Concentração de íons séricos necessários para manter o equilíbrio entre os eletrólitos.			
Fatores de Risco	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Diarreia	Hiper/Hipocalemia	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Volume de líquido excessivo e\ou insuficiente.	Hiper/Hiponatremia	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Vômito	Hiper/Hipomagnesemia	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Disfunção renal				
Mecanismo regulador comprometido				
Regime de tratamento				

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Controle de Eletrólitos Definição: Promoção do equilíbrio e prevenção de complicações resultantes de níveis de eletrólitos séricos anormais ou indesejados.	Monitorar níveis de eletrolíticos séricos anormais, conforme disponibilidade.
	Monitorar manifestações de desequilíbrio de eletrolíticos.
	Manter acesso IV pérvio.
	Manter solução intravenosa com eletrólitos em constante em constante gotejamento, conforme apropriado.
	Administrar líquidos conforme prescrito.
	Tratar arritmias cardíacas, conforme protocolo.
	Realizar monitoração cardíaca, conforme apropriado e comunicar alterações.
	Monitorar perda de líquidos ricos em eletrolíticos (aspiração, nasogástrica, drenagem de ileostomia, diarreia, drenagem de feridas e diaforese).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM			
Risco de volume de líquidos desequilibrado Definição: Vulnerabilidade a diminuição, aumento ou rápida mudança de uma localização para outra do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular, que pode comprometer a saúde. Refere-se à perda e/ou ao ganho dos líquidos corporais.	**Equilíbrio Hídrico** Definição: O equilíbrio da água nos compartimentos intra e extracelulares do corpo.			
Fatores de Risco	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Aférese	Pressão arterial média	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Obstrução intestinal	Sons adventícios da respiração	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Pancreatite	Pressão venosa central	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Queimadura	Membranas mucosas úmidas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

<table>
<tr><td>Regime de tratamento Ascite</td><td>Equilíbrio de ingestão e excreção em 24h</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Sepse</td><td>Edema periférico</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Trauma</td><td>Turgor cutâneo</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><th colspan="2">INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="3">ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="9">Controle da Hipovolemia
Definição: Expansão do volume de fluido intravascular em um paciente cujo volume está diminuído.</td><td colspan="3">Pesar diariamente em períodos consistentes (p.ex., após micção, antes do café da manhã) e monitorar tendências.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Monitorar o estado hemodinâmico, incluindo FC, PA, PAM, PVC, PAP, POAP, DC e IC, se disponíveis.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Monitorar ingestão e eliminação.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Monitorar o local de inserção do dispositivo de acesso vascular para infiltração, flebite e infecção, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Monitorar evidências laboratoriais para perda sanguínea (p.ex., hemoglobina, hematócrito, exame de sangue oculto nas fezes), se disponíveis.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Manter o acesso IV livre.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Administrar soluções isotônicas IV prescritas (p.ex., salina normal ou solução de Ringer lactato) para reidratação extracelular em uma taxa de fluxo adequada, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Monitorar a integridade da pele em pacientes imóveis com pele seca.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Monitorar cavidade oral para membranas de mucosas secas e/ou rachadas.</td></tr>
</table>

Controle da Hipervolemia Definição: Redução no volume extra e/ou intracelular e prevenção de complicações em um paciente que está com excesso de volume.	Monitorar o estado hemodinâmico, incluindo FC, PA, Pressão arterial média, pressão venosa central, pressão artéria pulmonar, pressão de oclusão da artéria pulmonar, débito cardíaco e índice cardíaco, se disponíveis.
	Monitorar o padrão respiratório para sintomas de edema pulmonar (p.ex., ansiedade, falta de ar, ortopneia, dispneia, taquipneia, tosse, produção de expectoração espumosa e respiração curta).
	Monitorar para possíveis ruídos pulmonares.
	Monitorar para possíveis ruídos cardíacos.
	Monitorar distensão da veia jugular.
	Monitorar edema periférico.
	Monitorar eliminação e ingestão.
	Elevar a cabeceira da cama para melhorar a ventilação, conforme apropriado.
	Manter a prescrição de dispositivos de ventilação mecânica (p.ex., FiO2, modo, dispositivos de volume ou pressão, PEEP), conforme apropriado.
	Monitorar a resposta hemodinâmica do paciente durante e após cada sessão de diálise.
	Monitorar a integridade da pele em pacientes imóveis com edema dependente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		**RESULTADO DE ENFERMAGEM**			
Volume de líquidos deficiente Definição: Diminuição do líquido intravascular, intersticial e/ou intracelular. Refere-se à desidratação, perda de água apenas, sem mudança de sódio.		**Equilíbrio Hídrico** Definição: Passagem segura de líquidos e/ou sólidos da boca até o estômago.			
Fatores Relacionados	Características Definidoras	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Mecanismo regulador comprometido	Alteração de turgor	Sede	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Perda ativa de volume de líquido	Alteração de consciência	Pressão arterial média	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Aumento da temperatura corporal	Pressão venosa central	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Aumento na frequência cardíaca	Equilíbrio de ingestão e excreção em 24h	12 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Diminuição da pressão de pulso	Edema periférico	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Diminuição da pressão sanguínea	Turgor cutâneo	12 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Diminuição do enchimento venoso	Membranas mucosas úmidas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Turgor da língua				
	Fraqueza				
	Mucosas secas				
	Pele seca				
	Perda súbita de peso				
	Sede				

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Controle da Hipovolemia Definição: Expansão do volume de fluido intravascular em um paciente cujo volume está diminuído.	Pesar diariamente em períodos consistentes (p.ex., após micção, antes do café da manhã) e monitorar tendências.
	Monitorar o estado hemodinâmico, incluindo FC, PA, PAM, PVC, PAP, POAP, DC e IC, se disponíveis.
	Monitorar ingestão e eliminação.
	Monitorar evidências laboratoriais para perda sanguínea (p.ex., hemoglobina, hematócrito, exame de sangue oculto nas fezes), se disponíveis.
	Manter o acesso IV livre.
	Administrar soluções isotônicas IV prescritas (p.ex., salina normal ou soluçãod e Ringer lactato) para reidratação extracelular em uma taxa de fluxo adequada, conforme apropriado.
	Monitorar a integridade da pele em pacientes imóveis com pele seca.
	Monitorar cavidade oral para membranas de mucosas secas e/ou rachadas.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		RESULTADO DE ENFERMAGEM			
Volume de líquidos excessivo Definição: Retenção aumentada de líquidos isotônicos.		**Equilíbrio Hídrico** Definição: Passagem segura de líquidos e/ou sólidos da boca até o estômago.			
Fatores Relacionados	Características Definidoras	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Mecanismo regulador comprometido	Alteração no padrão mental	Pressão arterial média	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Congestão pulmonar	Sons adventícios da respiração	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Dispneia	Pressão venosa central	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Derrame pleural	Edema periférico	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

	Anasarca	Equilíbrio de ingestão e excreção em 24h	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Desequilíbrio eletrolítico				
	Azotemia				
	Dispneia noturna paroxístixa.				
	Edema				
	Ganho de peso em curto período				
	Hematócrito diminuído				
	Hemoglobina diminuída				
	Hepatomegalia				
	Oligúria				
	Ruídos respiratórios adventícios				
	Ingestão maior que a eliminação, balanço hídrico positivo				
	Ortopneia				
	Presença da terceira bulha cardíaca (treinar)				
	PVC aumentada				
	Reflexo hepatojugular positivo (treinar)				

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Controle da Hipovolemia Definição: Redução no volume extra e/ou intracelular e prevenção de complicações em um paciente que está com excesso de volume.	Monitorar o estado hemodinâmico, incluindo FC, PA, Pressão arterial média, pressão venosa central, pressão artéria pulmonar, pressão de oclusão da artéria pulmonar, débito cardíaco e índice cardíaco, se disponíveis.
	Monitorar a integridade da pele em pacientes imóveis com edema dependente.
	Monitorar o padrão respiratório para sintomas de edema pulmonar (p.ex., ansiedade, falta de ar, ortopneia, dispneia, taquipneia, tosse, produção de expectoração espumosa e respiração curta).
	Monitorar para possíveis ruídos pulmonares.
	Monitorar para possíveis ruídos cardíacos.

	Monitorar o estado hemodinâmico, incluindo FC, PA, Pressão arterial média, pressão venosa central, pressão artéria pulmonar, pressão de oclusão da artéria pulmonar, débito cardíaco e índice cardíaco, se disponíveis.
	Monitorar a integridade da pele em pacientes imóveis com edema dependente.
	Monitorar o padrão respiratório para sintomas de edema pulmonar (p.ex., ansiedade, falta de ar, ortopneia, dispneia, taquipneia, tosse, produção de expectoração espumosa e respiração curta).
	Monitorar para possíveis ruídos pulmonares.
	Monitorar para possíveis ruídos cardíacos.
	Monitorar distensão da veia jugular.
	Monitorar edema periférico.
	Monitorar eliminação e ingestão.
	Elevar a cabeceira da cama para melhorar a ventilação, conforme apropriado.
	Manter a prescrição de dispositivos de ventilação mecânica (p.ex., FiO2, modo, dispositivos de volume ou pressão, PEEP), conforme apropriado.
	Monitorar a resposta hemodinâmica do paciente durante e após cada sessão de diálise.

Quadro 2: Ligação entre diagnósticos de enfermagem vinculados ao domínio 3 da NANDA-I, suas intervenções e resultados de enfermagem

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		RESULTADO DE ENFERMAGEM			
Eliminação urinária prejudicada Definição: Disfunção na eliminação de urina		**Eliminação Urinária** Definição: Armazenamento e eliminação de urina.			
Fatores Relacionados	Características Definidoras	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Dano sensório motor secundário à dano neurológico central ou periférico	Volume	Odor da urina	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Múltiplas causas	Incontinência urinária	Quantidade de urina	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Sedação	Retenção urinária	Cor da urina	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 45
Dano renal	Cor	Partículas visíveis na urina	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Presença de partículas	Retenção de urina	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Incontinência urinária	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
	Sangue visível na urina	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
	Dor ao urinar	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
	Incontinência urinária	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
	Sangue visível na urina	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
	Dor ao urinar	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Controle da Eliminação Urinária Definição: Manutenção de um padrão excelente de eliminação urinária.	Monitorar a eliminação urinária: odor, volume e cor.
	Monitorar sinais e sintomas de retenção urinária
Cuidados na Retenção Urinária Definição: Assistência no alívio da distensão vesical.	Observar presença da incontinência.
	Realizar sondagem vesical, conforme POP.
	Monitorar a ingestão e eliminação de líquidos.
	Monitorar o grau de distensão da bexiga urinária por palpação e percussão.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		RESULTADO DE ENFERMAGEM			
Constipação Definição: Diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por eliminação difícil ou incompleta de fezes e\ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas.		**Eliminação Intestinal** Definição: Formação e evacuação de fezes			
Fatores Relacionados	Características Definidoras	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Ingestão insuficiente de fibras	Abdome distendido	Fezes pastosas e formadas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Ingestão insuficiente de líquidos	Borborigmo	Sons intestinais	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Motilidade gastrointestinal diminuída	Dor ao evacuar	Padrão de eliminação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Agentes farmacológicos	Dor abdominal	Quantidade de fezes com relação à dieta	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Lesão neurológica (TCE, TRM)	Esforço ao evacuar				

	Fezes duras e formadas				
	Fezes líquidas secundárias a presença de obstrução.				
	Incapacidade para defecar.				
	Macicez à percussão abdominal.				
	Massa abdominal palpável.				
	Massa retal palpável.				
	Mudança no padrão intestinal.				
	Presença de fezes macias e pastosa no reto, secundárias à motilidade intestinal diminuída.				
	Redução na frequência e volume de fezes.				
	Ruídos intestinais – hiperativoshipoativos.				
	Sensação de preenchimento retal e\ou pressão retal.				

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Controle de Constipação/Impactação Definição: Prevenção e alívio da constipação/ impactação.	Monitorar sinais e sintomas de constipação.
	Pesar paciente regularmente.
	Monitorar movimentos intestinais, frequência, consistência, forma, volume e cor.
	Monitorar sons intestinais.
	Registrar o volume do conteúdo nutricional.
	Identificar os fatores (Ex: medicamentos, repouso em leito, e dieta) que possam causar ou contribuir para a constipação.
Controle Intestinal Definição: Estabelecimento e a manutenção de um padrão regular e eliminação intestinal.	Observar data da última evacuação.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM			
Risco de constipação Definição: Vulnerabilidade à diminuição na frequência normal de evacuação acompanhada de eliminação de fezes difícil ou incompleta que pode comprometer a saúde.	**Eliminação Intestinal** Definição: Formação e evacuação de fezes			
Fatores de Risco	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Hábito irregular de evacuação	Frequência de fezes com relação a dieta	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Obstrução intestinal pós-operatória	Fezes pastosas e formadas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Agente farmacológico	Sons intestinais	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Hábito alimentar inadequado	Padrão de eliminação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Ingestão insuficiente de fibras e líquidos	Quantidade de fezes em relação à dieta	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Motilidade gastrointestinal diminuída	
Mudança nos hábitos alimentares (tipo e horário das refeições)	
Mudança ambiental recente	
Lesão neurológica secundária à TCE, TRM	
Hemorróidas	

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Controle da Nutrição Definição: Fornecimento e promoção de uma ingestão equilibrada de nutrientes.	Identificar alergias alimentares ou intolerâncias do paciente.
	Certificar-se de que a dieta inclui alimentos ricos em conteúdo e fibras para prevenir constipação.
Controle de Constipação/Impactação Definição: Prevenção e alivio da constipação/ impactação.	Monitorar quanto a sinais e sintomas da constipação.
	Monitorar movimentos intestinais, frequência, consistência, forma, volume e cor.
	Monitorar sons intestinais.
	Identificar os fatores que possam causar ou contribuir para a constipação.
	Registrar o volume do consumo nutricional.
	Pesar paciente regularmente.
Controle Hídrico Definição: Promoção do equilíbrio hídrico e prevenção de complicações decorrentes de níveis anormais ou indesejados de líquidos.	Pesar fraldas e registrar.
	Manter um registro preciso de ingestão e eliminação.
	Monitorar o estado de hidratação (umidade das mucosas, adequação de pulso e pressão arterial).
	Observar o paciente em jejum prolongado.
Controle Intestinal Definição: Estabelecimento e manutenção de um padrão regular de eliminação intestinal.	Observar data da última evacuação.
	Investigar problemas intestinais preexistentes, rotina intestinal e uso de laxante.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		RESULTADO DE ENFERMAGEM			
Diarreia Definição: Eliminação de fezes soltas e não formadas.		**Continência Intestinal** Definição: Controle da passagem de fezes do intestino.			
Fatores Relacionados	Características Definidoras	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Infecção	Cólica	Uso excessivo de laxantes	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Inflamação e irritação gastrointestinal	Pele perianal avermelhada	Uso excessivo de enemas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Má absorção	Dor abdominal	Suja as vestimentas com fezes durante o dia ou noite	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Alto nível de estresse	Incontinência intestinal				
Parasita	Urgência intestinal				
Ansiedade	Ruídos intestinais hiperativos				
Alimentação enteral	Mais que 3 evacuações de fezes líquidas em 24h				
Ansiedade					
Regime de tratamento					

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Controle da Diarreia Definição: Controle e alivio da diarreia.	Identificar fatores capazes de causar e contribuir para a diarreia.
	Monitorar e registrar a ocorrência de sinais e sintomas de diarreia.
	Observar regularmente o turgor da pele.
	Monitorar a pele na área perianal quanto a irritações e ulcerações.
	Pesar o paciente regularmente.
Controle de Medicamentos Definição: Facilitação do uso seguro e eficaz de fármacos vendidos com prescrição e isentos de prescrição.	Monitorar efeitos terapêuticos e adversos dos fármacos.
Controle da Nutrição Definição: Fornecimento e promoção de uma ingestão equilibrada de nutrientes.	Identificar alergias alimentares ou intolerâncias do paciente.
Controle Hídrico Definição: Promoção do equilíbrio hídrico e prevenção de complicações decorrentes de níveis anormais ou indesejados de líquidos.	Manter um registro de ingestão e eliminação.
	Pesar fraldas e registrar.
	Monitorar o estado de hidratação (umidade das mucosas, adequação de pulso e pressão arterial).
	Monitorar o estado hemodinâmico.

Quadro 3: Ligação entre diagnósticos de enfermagem vinculados ao domínio 4 da NANDA-I, suas intervenções e resultados de enfermagem

<table>
<tr><th colspan="2">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td colspan="2">Padrão de sono prejudicado
Definição: Interrupções, limitadas pelo tempo, da quantidade e da qualidade do sono, decorrentes de fatores externos.</td><td colspan="4">Sono
Definição: Suspensão periódica natural da consciência durante a qual o corpo se recupera.</td></tr>
<tr><td>Fatores Relacionados</td><td>Características Definidoras</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Ruído ambiental</td><td>Alteração no padrão do sono</td><td>Padrão de sono</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>Local não família</td><td>Despertar não intencional</td><td>Dificuldades para adormecer</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Imobilização</td><td rowspan="2">Dificuldade para iniciar o sono</td><td rowspan="2">Sono interrompido</td><td rowspan="2">1 2 3 4 5</td><td rowspan="2">1 2 3 4 5</td><td rowspan="2">1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Agente farmacológico</td></tr>
<tr><td>Privacidade insuficiente</td><td rowspan="2">Insatisfação com o sono</td><td>Dependências de soníferos</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Padrão do sono não restaurador (devido responsabilidade de cuidador, paternidade, maternidade)</td><td>Dor</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Ansiedade</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Exposição a luz</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><th colspan="3">INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="3">ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="5">Melhora do Sono
Definição: Facilitação de ciclos regulares de sono/vigília.</td><td colspan="3">Observar e registrar o padrão de sono/atividade do paciente.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Ajustar o esquema de administração de medicamentos para sustentar o ciclo de sono/vigília do paciente.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Iniciar/implementar medidas de conforto: posicionamento e toque afetivo.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Ajustar o ambiente (p. ex. luz, barulho, temperatura, colchão e leito) para promover o sono.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Determinar os efeitos dos medicamentos do paciente sobre o padrão de sono.</td></tr>
<tr><th colspan="2">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td colspan="2">Mobilidade no leito prejudicada
Definição: Limitação de movimento independente de uma posição para outro no leito.</td><td colspan="4">Aptidão Física
Definição: Desempenho de atividades físicas com vigor.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>Fatores Relacionados</td><td>Características Definidoras</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Agente Farmacológico</td><td>Capacidade prejudicada em posição sentada, prona, supina, de reposicionar-se na cama e de virar-se de um lado para o outro</td><td>Força muscular</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Alteração na função cognitiva</td><td rowspan="6"></td><td colspan="4">Nível de Desconforto
Definição: Gravidade do desconforto mental ou físico relatado ou observado.</td></tr>
<tr><td>Dor</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Prejuízo neuromuscular</td><td>Mau posicionamento do corpo</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Força muscular insuficiente</td><td>Dor</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Prejuízo musculoesquelético</td><td>Falta de ar</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Inquietação</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
</table>

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Posicionamento Definição: Movimentação deliberada de um paciente ou parte corporal para promover bem-estar fisiológico e/ou psicológico.	Utilizar um colchão/leito apropriado.
	Imobilizar, apoiar ou elevar a parte corporal afetada.
	Encorajar o paciente a se envolver nas mudanças de posição, quando apropriado.
	Posicionar para aliviar a dispneia.
	Fornecer apoio para as áreas edemaciadas.
	Posicionar para promover a drenagem urinária, de modo apropriado.
	Elevar a cabeceira do leito.
	Monitorar o estado de oxigenação antes e após mudanças de posição.
	Pré medicar o paciente antes de virá-lo, quando apropriado.
	Colocar no leito uma tábua para apoio dos pés.
	Girar utilizando a técnica da rolagem de tronco.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		RESULTADO DE ENFERMAGEM			
Débito Cardíaco Diminuído Definição: Quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas corporais.		**Efetividade da Bomba Cardíaca** Definição: Adequação do volume de sangue ejetado do ventrículo esquerdo para manter a pressão de perfusão sistêmica.			
Fatores Relacionados	Características Definidoras	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Frequência cardíaca alterada.	Alterações eletrocardiográficas	Pressão arterial	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 45
Pós-carga alterada	Bradicardia	Cardíaca/ Arritmia	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Volume sistólico alterado	Palpitações cardíacas	Sons cardíacos anormais	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Pré-Carga alterado	Taquicardia	Pressão venosa central	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Ritmo Cardíaco alterado	Edema	Frequência	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Fadiga	Dispneia em repouso	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Murmúrio cardíaco	Edema periférico	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Pressão venosa central aumentada	Equilíbrio entre ingestão e eliminação por 24 horas (BH)	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Pressão venosa central diminuída				
	Alteração da pressão sanguínea				
	Cor anormal da pele – pálida, escurecida, cianótica				
	Dispneia				
	Oligúria				
	Pele fria, úmida e pegajosa				
	Inquietação				
	Ansiedade				
	Sons respiratórios adventícios				
	Presença de 4º bulha cardíaca				
	Ortopneia				
	Presença de 3º bulha cardíaca				

	Tempo de preenchimento capilar prolongado				
	Contratilidade alterada				
	Pulsos periféricos diminuídos				
	Índice cardíaco diluído				

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Cuidados Cardíacos Definição: Limitação de complicações resultantes de um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio ao miocárdio para paciente com sintomas de função cardíaca prejudicada.	Monitorar o paciente física e psicologicamente
	Orientar o paciente quanto à importância de relatar imediatamente qualquer desconforto no peito.
	Avaliar quaisquer episódios de dor no peito: intensidade, localização, irradiação, duração e fatores precipitantes e de alívio.
	Realizar uma avaliação abrangente da circulação periférica: verificar pulsos periféricos, edema, enchimento capilar, cor e temperatura da extremidade.
	Monitorar sinais vitais com frequência.
	Registrar arritmias cardíacas.
	Monitorar e registrar balanço hídrico.
	Monitorar quanto à presença de dispneia, fadiga, taquipneia e ortopneia.
	Monitorar quanto a presença de arritmias cardíacas, incluindo distúrbios de ritmo e condução.
	Monitorar o estado cardiovascular
	Monitorar ECG quando a alterações de ST, conforme apropriado.
	Documentar arritmias cardíacas.
	Observar sinais e sintomas de redução de débito cardíaco.
	Monitorar estado respiratório quanto a sintomas de insuficiência cardíaca

Cuidados Cardíacos Definição: Limitação de complicações resultantes de um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio ao miocárdio para paciente com sintomas de função cardíaca prejudicada.	Monitorar quanto a presença de dispneia, fadiga, taquipneia e ortopneia.
	Definição: Limitação de complicações resultantes de um desequilíbrio entre a oferta e a demanda de oxigênio ao miocárdio para paciente com sintomas de função cardíaca prejudicada.
	Monitorar o funcionamento do marca-passo, se apropriado.
	Avaliar alterações da pressão arterial.
	Monitorar equilíbrio hídrico.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		**RESULTADO DE ENFERMAGEM**			
Padrão respiratório ineficaz Definição: Inspiração e/ou expiração que não proporciona ventilação adequada.		**Estado Respiratório** Definição: Movimento de entrada e saída de ar dos pulmões e troca de dióxido de carbono e oxigênio no nível dos alveolos.			
Fatores Relacionados	Características Definidoras	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Ansiedade	Padrão respiratório anormal	Frequência Respiratória	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Dano neurológico	Bradipneia	Ausculta dos Sons Respiratórios	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Dor	Dispneia	Acúmulo de secreção pulmonar	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Fadiga	Ortopneia	Saturação de Oxigênio	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Hiperventilação	Taquipneia	Cianose	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Prejuízo musculoesquelético	Fase de expiração prolongada	Inquietação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Prejuízo neuromuscular	Pressão expiratória diminuída	Tosse	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Síndrome da hipoventilação	Pressão inspiratória diminuída	Retração torácica	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Batimento da asa do nariz	Dispneia em repouso	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Fase de expiração prolongada				
	Excursão torácica alterada				

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	**ATIVIDADES**
Monitoração Respiratória Definição: Coleta e análise de dados de pacientes para assegurar adequada a perviedade das vias aéreas e troca gasosa.	Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações.
	Monitorar padrões respiratórios (p. ex bradipneia, taquipneia, hiperventilação, respirações de Kussmaul, respirações de Cheyne-Stokes, apneia, respirações de Biot, padrões atáxicos).
	Monitorar os níveis de saturação de oxigênio continuamente em paciente sedados (p. ex SaO2, SvO2, SpO2), de acordo com a política da instituição e conforme indicado.
	Auscultar os sons respiratórios, presença de sons adventícios, a aspiração após ausculta de estertores ou roncos, monitorar valores de testes de função pulmonar (TFP), a capacidade vital, força inspiratória máxima, volume expiratório forçado em 1 segundo (FEV) e a relação FEV/CVF .
	Monitorar as leituras dos ventiladores mecânico, observando elevações nas pressões inspiratórias e diminuições no volume corrente.
	Monitorar quanto a inquietação, ansiedade, sensação de ``fome de ar``.
	Observar quanto a alterações na SaO2, SvO2 e CO2, corrente e alterações nos valores de gasometria.
	Monitorar a capacidade do paciente de tossir efetivamente.
	Monitorar as secreções respiratórias do paciente.

Monitoração Respiratória Definição: Coleta e análise de dados de pacientes para assegurar adequada a perviedade das vias aéreas e troca gasosa.	Providenciar o monitoramento frequente e intermitente do estado respiratório de paciente em risco (p.ex terapia com opiáceos, ventilação mecânica, queimaduras da face ou tórax, distúrbios neuromusculares).
	Monitorar quanto a dispneia e eventos que melhorem ou piorem a falta de ar.
	Monitorar os laudos de radiografia de tórax.
Controle da Ventilação Mecânica: Invasiva Definição: Auxílio ao paciente a receber suporte de respiração artificial através de um dispositivo inserido na traqueia.	Monitorar para detecção de insuficiência respiratória iminente.
	Monitorar para detecção de condições que indiquem a necessidade de suporte ventilatório.
	Orientar o paciente e a família sobre a lógica e as sensações esperadas associadas ao uso de ventiladores mecânicos.
	Monitorar atividades que aumentam o consumo de oxigênio (p. ex. febre, tremores, convulsões, dor ou atividades básicas de enfermagem) que possam substituir as configurações de suporte ventilatório e causa dessaturação de oxigênio.
	Monitorar os fatores que aumentam o trabalho de respiração do paciente/ventilador (p. ex. obesidade mórbida, gravidez, ascite maciça, cabeceira da cama abaixada, mordedura de tubo endotraqueal, condensação em tubos de ventilação, filtros entupidos, frequência respiratória, aumento da pressão arterial, sudorese, alteração do estado mental).
	Prestar cuidados para aliviar sofrimento do paciente (p. ex. posicionamento, limpeza traqueobrônquica, terapia broncodilatadora, sedação e/ou analgesia, verificação frequente dos equipamentos).
	Fornecer ao paciente meio de comunicação (p.ex. papel e lápis, tabela com alfabeto).
	Realizar aspiração com leitura de pressão do aspirador e silenciando os alarmes do aspirador com base na presença de sons respiratórios adventícios e/ou aumento da pressão inspiratória.

Controle da Ventilação Mecânica: Invasiva Definição: Auxílio ao paciente a receber suporte de respiração artificial através de um dispositivo inserido na traqueia.	Monitorar as secreções pulmonares para quantidade, cor e consistência e documentar regularmente os achados usando técnica asséptica conforme POP.
	Suspender a alimentação por sonda durante a aspiração e 30 a 60 minutos antes da fisioterapia respiratória.
	Documentar as configurações do respirador, com justificativa para mudança, assegurar que os alarmes e as conexões estejam adequados.
	Monitorar efeitos adversos da ventilação mecânica (p. ex. desvio da traqueia, infecção, barotrauma, volutrauma, redução do débito cardíaco, distensão gástrica, enfisema subcutâneo);
	Monitorar para detecção da lesão da mucosa do tecido oral, nasal, traqueia ou laríngeo decorrente da pressão de vias aéreas artificiais, altas pressões do manguito ou extubação não planejada.
	Promover avaliações de rotina para os critérios de desmame.
	Monitorar para detecção de complicações pós-extubação (p. ex. estridor, edema de glote, laringospasmo, estenose traqueal).
	Certificar-se de haver equipamento de emergência à beira do leito em todos os momentos.

Controle da Ventilação Mecânica: Não Invasiva Definição: Auxílio a um paciente que está recebendo apoio de respiração artificial e não necessita de um dispositivo inserido na traqueia.	Monitorar para detecção de condições e contraindicações em relação ao suporte da ventilação não invasiva.
	Colocar o paciente em posição semi-Fowler.
	Aplicar dispositivo não invasivo que assegura ajuste adequado e evita grandes vazamentos de ar (tomar cuidado particularmente com pacientes desatentos ou barbudos).
	Aplicar proteção facial, conforme necessário, para evitar danos à pele devido a pressão.
	Observar o paciente continuamente para avaliar a tolerância.
	Certificar-se de períodos de descanso diários (p. ex. 15 a 30 minutos a cada 4 a 6 horas).
	Certificar-se de trocar circuitos de ventilação a cada 24 horas.
	Monitorar o progresso do paciente sobre as configurações atuais do respirador e fazer as alterações necessárias como solicitado.
Controle de Vias Aéreas Definição: Facilitação da permeabilidade a passagem do ar.	Inserir via aérea artificial oral ou nasofaringea, conforme apropriado.
	Remover secreções, estimulando a tosse ou aspirando.
	Encorajar respiração lenta e profunda; mudança de posição e tosse.
	Auscultar sons respiratórios, observando áreas de ventilação diminuída ou ausente e presença de ruídos adventícios.
	Administrar broncodilatadores, conforme apropriado.
	Administrar tratamentos com aerossóis, conforme apropriado.
	Administrar ar ou oxigênio umidificado, conforme apropriado.
	Posicionar para aliviar dispneia.
	Monitorar o estado respiratório e a oxigenação, conforme apropriado.

Oxigenioterapia Definição: Administração de oxigênio e monitoramento de sua eficácia.	Manter a permeabilidade das vias aéreas.
	Configurar o equipamento de oxigênio e administrá-lo através de um sistema aquecido e umidificado, verificando periodicamente.
	Administrar oxigênio suplementar como prescrito.
	Monitorar o fluxo de oxigênio, verificando sua eficácia.
	Monitorar a posição do dispositivo de fornecimento de oxigênio.
	Alterar o fornecimento de oxigênio da máscara para tubos nasais durante as refeições, conforme tolerado e monitorar a capacidade do paciente em tolerar a remoção do oxigênio, enquanto se alimenta.
	Observar se há sinais de hipoventilação induzida pelo oxigênio.
	Monitorar a ruptura da pele pelo atrito do aparelho de oxigênio.
	Fornecer oxigênio quando o paciente é transportado.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	**RESULTADO DE ENFERMAGEM**			
Risco de perfusão renal ineficaz Definição: Vulnerabilidade à redução na circulação sanguínea para os rins, que pode comprometer a saúde.	**Perfusão Tissular: Órgãos Abdominais (Renal)** Definição: Adequação do fluxo de sangue através dos pequenos vasos das vísceras abdominais para manter a função do órgão.			
Fatores de Risco	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Alteração no metabolismo	Ureia nitrogenada sanguínea	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Exposição a nefrotoxinas	Creatinina plasmática	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Doença renal	Débito Úrinário	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Glomerulonefrite	Equilíbrio hídrico alterado	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Infecção	Pressão arterial média	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Síndrome da resposta inflamatória				
Regime de tratamento				
Trauma				

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Regulação Hemodinâmica Definição: Otimização da frequência cardíaca, pré-carga, pós-carga e contratilidade.	Identificar sinais e sintomas precoces de comprometimento do sistema hemodinâmico.
	Monitorar os efeitos das medicações.
	Monitorar ingestão, infusão e excreção urinaria e peso do paciente, conforme apropriado.
	Realizar uma avaliação geral do estado hemodinâmico (verificar pressão arterial, frequência cardíaca, pulso, pressão venosa jugular, pressão venosa central, pressões atriais direita e esquerda e pressão arterial pulmonar).
	Reconhecer a presença de sinais de alerta e sintomas precoce de comprometimento do sistema hemodinâmico (p. ex dispneia, diminuição da habilidade de exercitar-se, ortopneia, fadiga profunda, tontura, vertigem, edema, palpitações, dispneia paroxística noturna, ganho de peso repentino).
	Determinar o estado do volume (O paciente está hipovolêmico, hipervolêmico, ou em um nível equilibrado de liquido?).
	Determinar o estado de perfusão (o paciente está com frio, morno ou aquecido?).
	Monitorar os sinais e sintomas de problemas no estado de perfusão (p.ex hipotensão sintomática, extremidades frias, obnubilação mental ou sono constante, elevação dos níveis séricos de creatinina e nitrogênio ureico no sangue, hiponatremia, pressão de pulso estreita).
	Monitorar os níveis de eletrólitos.
	Manter o equilíbrio hídrico por administração EV de fluidos diuréticos.
	Administrar medicação vasodilatadora e vasoconstritora.
	Monitorar ingestão e excreção, excreção urinária e peso do paciente.
	Avaliar efeitos da fluidoterapia.
	Inserir cateter urinário, se apropriado.

<table>
<tr><th>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td>Risco de Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz
Definição: Vulnerabilidade a uma redução na circulação do tecido cerebral que pode comprometer a saúde.</td><td colspan="4">Perfusão Tissular: Cerebral
Definição: Adequação do fluxo de sangue através da vasculatura cerebral para manter a função cerebral.</td></tr>
<tr><td>Fatores de Risco</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Coagulopatia</td><td>Pressão arterial sistólica</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td rowspan="7">Lesão Cerebral – prejuízo vascular-encefálico, doença neurológica, trauma, tumor</td><td>Pressão arterial diastólica</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Cefaleia</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Inquietação</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Agitação</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Vômitos</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Níveis de consciência diminuída</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Reflexos neurológicos prejudicados</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><th colspan="2">INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="3">ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="8">Controle do Edema Cerebral
Definição: Limitação de lesão cerebral secundária como resultado de edema do tecido cerebral.</td><td colspan="3">Monitorar para detecção de confusão, mudanças no estado mental, queixas de tonturas, síncope.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Monitorar o estado neurológico atentamente e comparar com os dados iniciais.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Monitorar os sinais vitais.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Monitorar características de drenagem do liquido cefalorraquidiano (LCR): cor, transparência, consistência.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Monitorar a pressão venosa central (PVC), monitorar o estado respiratório: frequência, ritmo, profundidade das respirações; PaO2, pCO2, pH, bicarbonato.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Administrar diuréticos (CPM).</td></tr>
<tr><td colspan="3">Manter normotermia.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Monitorar ingestão e eliminação (balanço hídrico).</td></tr>
</table>

Controle do Edema Cerebral Definição: Limitação de lesão cerebral secundária como resultado de edema do tecido cerebral.	Limitar a aspiração a menos de 15 segundos.
	Evitar líquidos hipotônicos IV.
	Restringir líquidos.
	Monitorar o uso de pressão expiratória final positiva (PEEP).
	Posicionar a cabeceira da cama a 30 graus ou mais.
	Administrar emolientes fecais.
	Evitar flexão de pescoço ou flexão extrema de quadril/joelho.
	Administrar anticonvulsivantes (CPM).
	Observar mudanças do paciente em resposta a estímulos.
	Fornecer sedação, conforme apropriado.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		**RESULTADO DE ENFERMAGEM**			
Resposta Disfuncional ao desmame ventilatório Definição: Incapacidade de ajustar-se a níveis diminuídos de suporte ventilatório mecânico, que interrompe e prolonga o processo de desmame.		**Resposta ao Desmame da Ventilação Mecânica: Adulto** Definição: Adaptação respiratória e psicológica ao desmame da ventilação mecânica.			
Fatores Relacionados	Características Definidoras	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Desobstrução ineficaz das vias aéreas	Desconforto respiratório	Frequência Respiratória Espontânea	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Ansiedade	Fadiga	Profundidade Respiratória Espontânea	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
História de tentativas de desmame malsucedidas	Nível de consciência diminuído.	Frequência Cardíaca	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

	Respiração descoor-denada em relação ao ventilador.	Saturação de Oxigênio	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Deteriora-ção nos gases sanguíneos arteriais em relação aos valores basais	Equilíbrio de Perfusão/ Ventilação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Respiração agônica (tipo Gasping)	Dificuldade de Respirar Sozinho	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Entrada de ar diminuída à ausculta	Secreções Respiratórias	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Diaforese (sudorese excessiva)	Ansiedade	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Aumento da frequência respiratória	Desconforto	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Cor anormal da pele	Agitação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Desmame da Ventilação Mecânica Definição: Ajuda ao paciente para respirar sem o auxílio de um ventilador mecânico.	Determinar a preparação do paciente para o desmame (p. ex. hemodinamicamente estável, condição que exige ventilação resolvida, ótima condição atual do desmame).
	Monitorar para garantir que paciente está livre de infecção significativa antes do desmame.
	Monitorar o estado hidroeletrolítico ideal.
	Posicionar o paciente para o melhor uso da musculatura ventilatória e para otimizar a descida do diafragma.
	Aspirar as vias respiratórias, conforme necessário.
	Consultar outros profissionais de saúde na escolha de um método para o desmame.
	Iniciar o desmame com períodos de avaliação (p. ex. 30 a 120 minutos de respiração espontânea assistida por ventilador).
	Alternar períodos de tentativa de desmame com períodos suficientes de descanso e sono.

	Evitar atrasar o retorno a ventilação mecânica do paciente com músculos respiratórios fadigados.
	Ficar com o paciente e dar apoio durante as tentativas iniciais de desmame.
	Evitar sedação farmacológica durante as tentativas de desmame, conforme apropriado.
	Minimizar o excesso de esforço respiratório que é não terapêutico, eliminando espaço morto extra, adicionando suporte à pressão, administrando broncodilatadores e mantendo a permeabilidade das vias respiratórias, conforme apropriado.
	Administrar medicamentos que promovam a permeabilidade das vias respiratórias e as trocas gasosas.
	Promover o melhor uso de energia do paciente, iniciando tentativas de desmame após o paciente estar descansado.
Monitoração Respiratória Definição: Coleta e análise de dados de pacientes para assegurar a perviedade das vias aéreas e troca gasosa adequada.	Monitorar frequência, ritmo, profundidade e esforço das respirações.
	Observar os movimentos torácicos, notando a simetria, uso dos músculos acessórios e retração da musculatura supra clavicular e intercostal.
	Monitorar quanto a respirações ruidosas, como estridores e roncos.
	Monitorar os níveis de saturação de oxigênio continuamente em pacientes sedados (p. ex. SaO2, SvO2, SpO2), de acordo com a política da instituição e conforme indicado.
	Auscultar os sons respiratórios, observando áreas de ventilação diminuída ou ausente e presença de sons adventícios.
	Determinar a necessidade de aspiração após a ausculta de estertores ou roncos sobre as grandes vias aéreas.
	Auscultar os sons pulmonares após os tratamentos para anotar os resultados.
	Monitorar as leituras do ventilador mecânico, observando elevações nas pressões inspiratórias e diminuições no volume corrente, conforme apropriado.

<table>
<tr><td colspan="3" rowspan="7">Monitoração Respiratória
Definição: Coleta e análise de dados de pacientes para assegurar a perviedade das vias aéreas e troca gasosa adequada.</td><td colspan="3">Monitorar quanto a inquietação, ansiedade, sensação de “fome de ar”.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Observar quanto a alterações na SaO2, SvO2, CO2 corrente e alterações nos valores da gasometria, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Monitorar a capacidade do paciente de tossir efetivamente.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Observar início, característica e duração da tosse.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Monitorar as secreções respiratórias do paciente.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Instituir esforços de reanimação, conforme necessário.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Instituir tratamentos de terapia respiratória (p. ex. nebulizador), conforme necessário.</td></tr>
<tr><td colspan="2">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</td><td colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ventilação Espontânea prejudicada
Definição: Reservas de energia diminuídas, resultando em incapacidade de manter respiração independente e adequada para sustentação da vida.</td><td colspan="4">Estado Respiratório: Troca Gasosa
Definição: Troca alveolar de dióxido de carbono e oxigênio para manter as concentrações de gases do sangue arterial.</td></tr>
<tr><td>Fatores Relacionados</td><td>Características Definidoras</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Alteração no metabolismo.</td><td>Apreensão</td><td>Cianose</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Fadiga da musculatura respiratória</td><td>Uso aumentado da musculatura acessória</td><td>Dispneia em repouso</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
</table>

	Saturação arterial de oxigênio (SaO2) diminuída	Inquietação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Pressão parcial de oxigênio (PO2) diminuída	Saturação de Oxigênio	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Pressão parcial de dióxido de carbono (PCO2) aumentada	**Estado Respiratório** Definição: Movimento de entrada e saída de ar dos pulmões e troca de dióxido de carbono e oxigênio no nível dos alvéolos.			
	Frequência cardíaca aumentada	Frequência Respiratória	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Dispneia	Ausculta dos Sons Respiratórios	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Inquietação	Acúmulo de secreção pulmonar	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		Saturação de Oxigênio	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		Cianose	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		Dispneia em repouso	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		Inquietação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		Retração Torácica	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		Tosse	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Assistência Ventilatória Definição: Promoção de um padrão respiratório espontâneo e excelente, que maximize a troca de oxigênio e dióxido de carbono nos pulmões.	Manter via aérea pérvia.
	Orientar técnicas de respiração com os lábios fechados, conforme apropriado.
	Posicionar o paciente para aliviar dispneia.
	Monitorar o estado respiratório e de oxigenação.
	Iniciar e manter o uso de oxigênio suplementar, conforme prescrito.
	Monitorar quanto a sinais de fadiga da musculatura respiratória.
	Auscultar os sons respiratórios, observando áreas de ventilação reduzida ou ausente, e a presença de sons adventícios.
	Encorajar a respiração profunda lenta, mudança de posição, tosse.
	Monitorar os efeitos da mudança de posição na oxigenação.
	Posicionar o paciente para minimizar os esforços respiratórios (p. ex. elevar a cabeça em relação ao leito e fornecer um apoio para o paciente se inclinar).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		RESULTADO DE ENFERMAGEM			
Déficit no autocuidado: para alimentação, para o banho, higiene intima e vestir-se Definição: Capacidade prejudicada de desempenhar ou completar as atividades de alimentação, banho, higiene intima e de vestir-se.		**Autocuidado: Atividades da vida diária** Definição: Ações pessoais para realizar as tarefas físicas e atividades de cuidado pessoas mais básicas de modo independente, com ou sem um dispositivo auxiliar.			
Fatores Relacionados	Características Definidoras	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Alteração na função cognitiva	Capacidade prejudicada de alimentar-se de forma aceitável	Alimentar -se	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Mobilidade prejudicada	Capacidade prejudicada de levar os alimentos até a boca, mastigar, engolir o alimento em quantidade suficiente	Higiene Intima	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Ansiedade	Capacidade prejudicada de manusear utensílios	Higiene Oral	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Prejuízos neuromusculares e musculoesqueléticos	Capacidade prejudicada de pegar os artigos para o banho acessar fonte de água, regular água do banho	Posicionar-se	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Barreira ambiental	Capacidade prejudicada de lavar o corpo				
Fadiga	Capacidade prejudicada para pegar os itens do vestiário				

Dor	Capacidade prejudicada de vestir cada um dos itens do vestuário	
	Capacidade prejudicada de realizar a higiene intima	
	Capacidade prejudicada de manipular as roupas para realizar a higiene intima	
	Incapacidade de secar o corpo	

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Alimentação Definição: Oferecimento de ingestão nutricional para pacientes que não conseguem se alimentar sozinhos.	Identificar a dieta prescrita.
	Auxiliar e ou administrar dieta.
Banho Definição: Limpeza do corpo com o propósito de relaxamento, asseio e restabelecimento.	Lavar os cabelos, conforme a necessidade e o desejado.
	Banhar o paciente em água com temperatura confortável.
	Auxiliar nos cuidados com períneo, conforme necessário.
	Barbear o paciente, conforme indicado.
	Aplicar creme hidratante em áreas ressecadas da pele.
	Monitorar a condição da pele durante o banho.
Controle do Ambiente Definição: Manipulação do ambiente do paciente visando a benefício terapêutico, apelo sensorial e bem-estar psicológico.	Criar um ambiente seguro para o paciente.
	Assegurar a privacidade do paciente.

Quadro 4: Ligação entre diagnósticos de enfermagem vinculados ao domínio 5 da NANDA-I, suas intervenções e resultados de enfermagem

<table>
<tr><th colspan="2">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td colspan="2">Confusão Aguda
Definição: Início abrupto de distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo.</td><td colspan="4">Nível de Delírio

Definição: Gravidade do distúrbio na consciência e na cognição que ocorre em um curto período de tempo e é reversível.</td></tr>
<tr><td>Fatores Relacionados</td><td>Características Definidoras</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Abuso de substâncias.</td><td>Agitação/ Inquietação</td><td>Verbalizações sem sentido</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Alteração no ciclo sono-vigília</td><td>Percepções errôneas</td><td>Nível de consciência alterado</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Delirium</td><td>Cognitiva</td><td>Inquietação</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Psicomotora</td><td>Agitação</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Nível de consciência</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><th colspan="3">INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="3">ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="7">Controle do Delírio
Definição: Provisão de um ambiente seguro e terapêutico a paciente em estado agudo de confusão.</td><td colspan="3">Iniciar terapias para reduzir ou eliminar os fatores que causam delírio.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Monitorar o estado neurológico continuamente.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Utilizar os familiares ou voluntários do hospital para vigiar pacientes agitados em vez de usar restrições.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Fornecer ao paciente informações sobre o que está acontecendo e o que pode ser esperado que ocorra no futuro.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Limitar a necessidade de tomada de decisão se for frustrante ou confuso para o paciente.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Administrar medicamentos prescritos “se necessário” para ansiedade ou agitação.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Reduzir a sedação em geral, mas controlar a dor com analgésicos, conforme indicado.</td></tr>
</table>

Controle do Delírio Definição: Provisão de um ambiente seguro e terapêutico a paciente em estado agudo de confusão.	Encorajar a visita de significantes, conforme apropriado.
	Não validar interpretações errôneas ou de realidade de um paciente em delírio (p.ex. alucinações ou ideias delirantes).
	Informar sua percepção de maneira calma, tranquilizadora e não argumentativa.
	Remover estímulos sensoriais excessivos, quando possível (p. ex. televisão).
	Manter um ambiente bem iluminado que reduza contrastes agudos e sombras.
	Remover estímulos sensoriais excessivos, quando possível (p. ex. televisão).
	Manter um ambiente bem iluminado que reduza contrastes agudos e sombras.
	Auxiliar com necessidades relacionadas à nutrição, eliminação, hidratação e higiene pessoal.
	Manter um ambiente livre de riscos.
	Colocar pulseira de identificação no paciente.
	Providenciar nível apropriado de supervisão e vigilância para monitorar o paciente e para permitir ações terapêuticas, conforme necessário.
	Utilizar restrições físicas, conforme necessário.
	Evitar frustrar o paciente, interrogando-o com questões de orientação que não podem ser respondidas.
	Informar o paciente sobre pessoa, lugar e tempo, conforme necessário.
	Proporcionar um ambiente com pouca estimulação para o paciente no qual a desorientação seja aumentada pela superestimulação.
	Incentivar o uso de recursos auxiliares que aumentam imputs sensoriais (p. ex. óculos, aparelhos auditivos e dentaduras).
	Aproximar-se do paciente lentamente e pela frente.
	Ao iniciar a interação, chamar o paciente pelo nome.

<table>
<tr><td rowspan="4">Controle do Delírio
Definição: Provisão de um ambiente seguro e terapêutico a paciente em estado agudo de confusão.</td><td>Reorientar o paciente quanto ao provedor de cuidados de saúde a cada contato.</td></tr>
<tr><td>Comunicar-se com declarações simples, diretas e descritivas.</td></tr>
<tr><td>Preparar o paciente previamente para mudanças que irão ocorrer na rotina habitual e no ambiente.</td></tr>
<tr><td>Fornecer novas informações lentamente e em pequenas doses, com períodos de descanso frequentes.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td>Risco de confusão aguda
Definição: Vulnerabilidade a distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo e que podem comprometer a saúde.</td><td colspan="4">Nível de Delírio
Definição: Gravidade do distúrbio na consciência e na cognição que ocorre em um curto período de tempo e é reversível.</td></tr>
<tr><td>Fatores de Risco</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Abuso de substâncias</td><td>Verbalizações sem sentido</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Agente farmacológico</td><td>Inquietação</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Alteração no ciclo sono-vigília</td><td>Agitação</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Dor</td><td>Alucinações</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Infecção</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Função metabólica prejudicada (azotemia, hemoglobina diminuída, desequilíbrio eletrolítico, aumento dos níveis sanguíneos de nitrogênio da ureia/creatinina)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</th><th>ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td rowspan="3">Controle do Delírio
Definição: Provisão de um ambiente seguro e terapêutico a paciente em estado agudo de confusão.</td><td>Iniciar terapias para reduzir ou eliminar os fatores que causam delírio.</td></tr>
<tr><td>Monitorar o estado neurológico continuamente.</td></tr>
<tr><td>Utilizar os familiares ou voluntários do hospital para vigiar pacientes agitados em vez de usar restrições.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="17">Controle do Delírio
Definição: Provisão de um ambiente seguro e terapêutico a paciente em estado agudo de confusão.</td><td>Fornecer ao paciente informações sobre o que está acontecendo e o que pode ser esperado que ocorra no futuro.</td></tr>
<tr><td>Limitar a necessidade de tomada de decisão se for frustrante ou confuso para o paciente.</td></tr>
<tr><td>Administrar medicamentos prescritos “se necessário” para ansiedade ou agitação, mas limitar aqueles com efeitos colaterais anticolinérgicos.</td></tr>
<tr><td>Reduzir a sedação em geral, mas controlar a dor com analgésicos, conforme indicado.</td></tr>
<tr><td>Encorajar a visita de significantes, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td>Não validar interpretações errôneas ou de realidade de um paciente em delírio (p.ex. alucinações ou ideias delirantes).</td></tr>
<tr><td>Informar sua percepção de maneira calma, tranquilizadora e não argumentativa.</td></tr>
<tr><td>Remover estímulos sensoriais excessivos, quando possível (p. ex. televisão).</td></tr>
<tr><td>Manter um ambiente bem iluminado que reduza contrastes agudos e sombras.</td></tr>
<tr><td>Auxiliar com necessidades relacionadas à nutrição, eliminação, hidratação e higiene pessoal.</td></tr>
<tr><td>Manter um ambiente livre de riscos.</td></tr>
<tr><td>Colocar pulseira de identificação no paciente.</td></tr>
<tr><td>Providenciar nível apropriado de supervisão e vigilância para monitorar o paciente e para permitir ações terapêuticas, conforme necessário.</td></tr>
<tr><td>Utilizar restrições físicas, conforme necessário.</td></tr>
<tr><td>Evitar frustrar o paciente, interrogando-o com questões de orientação que não podem ser respondidas.</td></tr>
<tr><td>Informar o paciente sobre pessoa, lugar e tempo, conforme necessário.</td></tr>
<tr><td>Proporcionar um ambiente com pouca estimulação para o paciente no qual a desorientação seja aumentada pela superestimulação.</td></tr>
</table>

Controle do Delírio Definição: Provisão de um ambiente seguro e terapêutico a paciente em estado agudo de confusão.	Incentivar o uso de recursos auxiliares que aumentam imputs sensoriais (p. ex. óculos, aparelhos auditivos e dentaduras).
	Aproximar-se do paciente lentamente e pela frente.
	Ao iniciar a interação, chamar o paciente pelo nome.
	Reorientar o paciente quanto ao provedor de cuidados de saúde a cada contato.
	Comunicar-se com declarações simples, diretas e descritivas.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		RESULTADO DE ENFERMAGEM			
Comunicação verbal prejudicada Definição: Capacidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e/ou usar um sistema de símbolos.		**Comunicação** Definição: Recepção, interpretação e expressão de mensagem faladas, escrita e não verbais.			
Fatores Relacionados	Características Definidoras	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Barreira física (traqueostomia ou intubação)	Não consegue falar	Uso da linguagem falada	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Diferenças culturais	Verbaliza com dificuldade	Uso da linguagem não verbal	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Prejuízo no sistema nervoso central.	Verbalização inadequada	O paciente reconhece mensagens recebidas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Regime de tratamento	Déficit visual	Troca de mensagens com outros, de forma precisa	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Desorientação (tempo/espaço)				
	Ausência de contato visual				

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Melhora da Comunicação: Déficit Auditivo Definição: Uso de estratégias que aumentem as capacidades de comunicação de uma pessoa com audição diminuída.	Ganhar a atenção do paciente antes de falar (p. ex. obter a atenção por meio do toque)
	Usar gestos quando necessário.
	Ouvir com atenção, possibilitando ao paciente tempo adequado para processar a comunicação e responder.
	Evitar gritar com paciente.
	Remover e inserir aparelho auditivo corretamente.
	Orientar o paciente, equipe de enfermagem e a família sobre o uso, cuidado e manutenção de aparelhos auditivos e de dispositivos auxiliares de audição.
Melhora da Comunicação: Déficit da Fala Definição: Uso de estratégias que aumentem as capacidades de comunicação de uma pessoa com a fala prejudicada.	Monitorar processos cognitivos, anatômicos e fisiológicos associados às capacidades da fala (p. ex. memória, audição e linguagem).
	Orientar o paciente ou familiar sobre processos cognitivos, anatômicos e fisiológicos envolvidos na capacidade de fala.
	Reconhecer os comportamentos emocionais e físicos como formas de comunicação.
	Fornecer métodos alternativos de comunicação de voz (p. ex. quadro de escrever, flash cards, piscar de olhos, placa de comunicação com figuras e letras, sinais de mão ou outros gestos e computador).
	Ajustar o estilo de comunicação para atender às necessidades do cliente (p. ex. ficar na frente do paciente ao falar, escutar atentamente, apresentar uma ideia ou pensamento de cada vez, alar devagar, evitar gritos, utilizar a comunicação escrita ou solicitar a assistência da família na compreensão da fala do paciente).
Melhora da Comunicação: Déficit da Fala Definição: Uso de estratégias que aumentem as capacidades de comunicação de uma pessoa com a fala prejudicada.	Modificar o ambiente para minimizar o excesso de ruído e diminuir sofrimento espiritual (p. ex. limitar visitantes e ruídos excessivos de equipamentos).
	Repetir o que paciente disse para garantir a precisão.
	Usar intérprete, conforme necessário.

Quadro 5: Ligação entre diagnósticos de enfermagem vinculados ao domínio 9 da NANDA-I, suas intervenções e resultados de enfermagem

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		**RESULTADO DE ENFERMAGEM**			
Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída Definição: os mecanismos da dinâmica dos fluidos intracranianos que normalmente compensam os aumentos nos volumes intracranianos estão comprometidos, resultando em repetitivos aumentos desproporcionais na pressão intracraniana (PIC) em resposta a uma variedade de estímulos nocivos e não nocivos.		**Estado Neurológico: Autonômico** Definição: Capacidade do sistema Nervoso Autônomo para coordenar a função visceral e a homeostática			
Fatores Relacionados	Características Definidoras	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Aumento sustentado na pressão intracraniana (PIC) de 10 a 15 mmHg	Aumento desproporcional da PIC após um estímulo.	Reatividade das Pupilas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Lesão cerebral (ex: prejuízo vascular encefálico; doença neurológica; trauma; tumor)	Curva P2 da PIC elevada	Pressão arterial média	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Hipotensão sistêmica com hipertensão intracraniana	Curvas da PIC com grande amplitude	Termorregulação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Redução na perfusão cerebral menor ou igual a 50-60 mmHg	PIC basal maior ou igual a 10 mmHg	Perfusão tissular periférica	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

	Variação no teste de resposta volume-pressão (razão volume-pressão= 2, índice de volume-pressão<10) repetidos aumentos maior ou igual a 10 mmHg, por 5 min ou mais, após estímulos externo	Frequência cardíaca apical	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		Estado Neurológico Definição: Capacidade do sistema nervoso periférico e do central de receber, processar e responder a estímulos internos e externos.			
		Frequência Respiratória	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM			**ATIVIDADES**		
Controle de Edema Cerebral Definição: Limitação de lesão cerebral secundária como resultado de edema do tecido cerebral.			Monitorar o estado neurológico atentamente e comparar com os dados iniciais.		
			Manter desobstruída as vias aéreas.		
			Implementar precauções para convulsões.		
			Administrar diuréticos de alça ativos ou osmóticos.		
			Manter normotermia.		
			Administrar agente paralisante, conforme apropriado.		
			Evitar o uso de pressão expiratória final positiva (PEEP).		

<table>
<tr><td rowspan="13">Controle de Edema Cerebral
Definição: Limitação de lesão cerebral secundária como resultado de edema do tecido cerebral.</td><td>Administrar emolientes fecais.</td></tr>
<tr><td>Evitar manobras de Valsalva.</td></tr>
<tr><td>Monitorar o estado respiratório, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td>Auscultar sons respiratórios.</td></tr>
<tr><td>Fornecer sedação, conforme necessário.</td></tr>
<tr><td>Monitorar a pressão intracraniana (PIC) e a pressão de perfusão cerebral (PPC).</td></tr>
<tr><td>Administrar anticonvulsionantes, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td>Evitar flexão de pescoço ou flexão extrema de quadril/joelho.</td></tr>
<tr><td>Monitorar a pressão venosa central (PVC).</td></tr>
<tr><td>Limitar a aspiração a menos de 15 segundos.</td></tr>
<tr><td>Posicionar a cabeceira da cama a 30 graus ou mais.</td></tr>
<tr><td>Monitorar características de drenagem do líquido cefalorraquidiano: cor, transparência, consistência.</td></tr>
<tr><td>Monitorar sinais vitais.</td></tr>
</table>

Quadro 6: Ligação entre diagnósticos de enfermagem vinculados ao domínio 10 da NANDA-I, suas intervenções e resultados de enfermagem

<table>
<tr><th colspan="2">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td colspan="2">Sofrimento espiritual
Definição: Capacidade prejudicada de experimentar e integrar significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, a arte, a música, a literatura, a natureza e/ou um ser maior.</td><td colspan="4">Saúde Espiritual
Definição: Conexão consigo mesmo e com outras pessoas com o poder superior, com toda a vida, a natureza e o universo que transcende e fortalece o eu.</td></tr>
<tr><td>Fatores Relacionados</td><td>Características Definidoras</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Aumento da dependência de outro</td><td>Ansiedade</td><td>Capacidade de rezar</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
</table>

Enfermidade	Choro	Sentimento de paz	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Even-to de vida inesperado	Fadiga	Interação com líderes espirituais	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Ansiedade	Insônia	Interação com outras pessoas para compartilhar pensamentos, sentimentos e crenças	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Recebimen-to de notícia ruim	Questiona-mento do sentido da vida e do sofrimento				
Dor	Questiona-mento de identidade				
Morte eminente	Medo				
Morte de pessoas significativa					
Mudança na vida					
Percepção de ter negócios inacabados					
Privação sociocultural					
Solidão					
Perda de fun-ção de parte do corpo					
Perda de par-te do corpo					

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Apoio Espiritual Definição: Assistência ao paciente para que sinta equilíbrio e conexão com uma força maior.	Tratar o indivíduo com dignidade e respeito.
	Encorajar a participação em interações com familiares, amigos e outros.
	Encorajar momentos de privacidade e tranquilidade para as atividades espirituais.
	Observar expressões de preocupação do indivíduo.
	Organizar visitas do conselheiro espiritual do indivíduo.
	Orar com o indivíduo.
	Fornecer ao indivíduo música, literatura ou programas de rádio e TV espirituais.
	Disponibilizar recursos espirituais, conforme desejado.
	Estar disponível para ouvir os sentimentos do indivíduo.
	Expressar empatia pelos sentimentos do indivíduo.
	Garantir ao indivíduo que o enfermeiro estará disponível para lhe dar suporte nos momentos de sofrimento.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM			
Risco de sofrimento espiritual Definição: Vulnerabilidade a prejuízo na capacidade e experimentar e integrar significado e objetivo à vida por meio de uma conexão consigo mesmo, a literatura, a natureza e/ou um poder maior que si mesmo, que pode comprometer a saúde.	**Saúde Espiritual** Definição: Conexão consigo mesmo e com outras pessoas com o poder superior, com toda a vida, a natureza e o universo que transcende e fortalece o eu.			
Fatores de Risco	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Desastres naturais	Capacidade de rezar	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Separação dos sistemas de apoio	Sentimento de paz	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Perda	Interação com líderes espirituais	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Mudanças no ambiente				
Transição de vida				
Abuso de substância				
Enfermidade crônica				
Enfermidade física				
Ansiedade				
Baixa autoestima				
Conflito cultural				
Depressão				
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM		**ATIVIDADES**		
Facilitação do Crescimento Espiritual Definição: Favorecimento do crescimento da capacidade de pacientes de identificar, fazer uma conexão e recorrer a fonte de sentido, finalidade, conforto, fortalecimento e esperança em suas vidas.		Demonstrar presença carinhosa e conforto passando tempo com o paciente, bem como com os familiares do paciente e outras pessoas relevantes.		
		Encorajar diálogo que ajude o paciente a resolver suas questões espirituais.		
		Oferecer suporte de oração individual ou em grupos, conforme apropriado.		
		Proporcionar um ambiente que alimente uma atitude meditativa/contemplativa para autorreflexão.		

Quadro 7: Ligação entre diagnósticos de enfermagem vinculados ao domínio 11 da NANDA-I, suas intervenções e resultados de enfermagem

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM			
Risco de Infecção Definição: Risco de ser invadido por organismos patogênicos	**Gravidade da Infecção** Definição: Gravidade dos sinais e sintomas da infecção			
Fatores de Risco	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Aumento da exposição ambiental a patógenos	Gravidade dos sinais e sintomas da infecção	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Leucopenia	Dor	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Resposta inflamatória suprimida	Febre	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Desnutrição	Hipotermia	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Doença crônica				
Procedimentos invasivos				
Surtos				
Pele rompida (p. ex., colocação de cateter endovenoso, procedimentos invasivos)				
Tecido traumatizado (p. ex., trauma, destruição de tecido)				
Imunossupressão (p. ex., imunidade adquirida inadequada; agentes farmacêuticos, inclusive imunossupressores, esteroides, anticorpos monoclonais, imunomoduladores)				

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	**ATIVIDADES**
Controle de Infecção Definição: Minimização da aquisição e transmissão de agentes infecciosos.	Trocar o equipamento de atendimento do paciente de acordo com instituição.
	Isolar pessoas expostas a doenças notificáveis.
	Posicionar em isolamento de prevenção designado conforme apropriado.
	Manter as técnicas de isolamento conforme apropriado.
	Limitar o número de visitantes, conforme apropriado.
	Orientar os visitantes a higienizarem as mãos na entrada e saída do quarto do paciente.
	Usar sabão antimicrobiano para lavagem das mãos, conforme apropriado.
	Lavar as mãos antes e depois da atividade de atendimento de cada paciente.
	Instituir precauções universais.
	Usar luvas conforme recomendado pelas políticas universais de prevenção.
	Usar aventais descartáveis ou jalecos quando manusear material infeccioso.
	Usar luvas estéreis, conforme apropriado.

<table>
<tr><td rowspan="13">Controle de Infecção
Definição: Minimização da aquisição e transmissão de agentes infecciosos.</td><td>Esfregar a pele do paciente com um agente antimicrobiano, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td>Raspar e preparar a região, conforme indicado na precaução para procedimento invasivos e/ou cirurgia.</td></tr>
<tr><td>Manter um ambiente asséptico ideal durante a inserção central de cateter a beira de leito.</td></tr>
<tr><td>Manter um ambiente asséptico enquanto trocar as bolsas e equipo de NPT.</td></tr>
<tr><td>Manter um sistema fechado durante monitoração hemodinâmica invasiva.</td></tr>
<tr><td>Trocar os locais de linhas centrais e EV periféricas e curativos de acordo com o guia atual do SCIRAS.</td></tr>
<tr><td>Garantir manuseio asséptico de todas as linhas EV.</td></tr>
<tr><td>Garantir técnicas de cuidado de feridas apropriadas.</td></tr>
<tr><td>Incentivar a respiração profunda e a tosse, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td>Promover a ingestão nutricional adequada.</td></tr>
<tr><td>Incentivar a ingestão de líquidos, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td>Administrar terapia com antibióticos, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td>Administrar um agente imunizante, conforme apropriado</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Controle de Dispositivos de Acesso Venoso Central
Definição: Tratamento do paciente com acesso venoso prolongado por meio da utilização de um dispositivo inserido na circulação central.</td><td>Verificar o tipo de dispositivo de acesso venoso central (DAVC) instalado.</td></tr>
<tr><td>Verificar as recomendações, diretrizes, protocolos, políticas e procedimentos do fabricante e da instituição relacionados ao dispositivo em particular.</td></tr>
<tr><td>Assegurar-se de que as pontas de dispositivos instalados da veia subclávia ou jugular estejam localizadas no terço inferior da veia cava superior.</td></tr>
<tr><td>Empregar técnica asséptica rigorosa sempre que o dispositivo for manuseado, acessado ou usado para administrar medicamentos, para reduzir o potencial de infecções da corrente sanguínea relacionadas ao cateter.</td></tr>
</table>

Controle de Dispositivos de Acesso Venoso Central Definição: Tratamento do paciente com acesso venoso prolongado por meio da utilização de um dispositivo inserido na circulação central.	Manter precauções universais.
	Adaptar o cuidado ao tipo de dispositivo (i.e., utilizar o clamp em todos os momentos com DAVC aberto ou de linha média, usar agulhas tipo Huber para o acesso ao port, usar flush de soro fisiológico com válvulas antirretorno, usar curativo transparente para afixar DAVC não tunelizado PICC e cateter de linha média).
	Verificar a permeabilidade do DAVC imediatamente antes de administrar medicamentos/ infusões prescritas.
	Empregar ações adicionais para garantir a permeabilidade se for encontrada dificuldade para aspiração ou nenhum retorno de sangue, de acordo com protocolo do fabricante ou da instituição para dispositivos obstruídos.
	Administrar flush de solução salina para manutenção do cateter valvulado, pois a válvula impede o refluxo sanguíneo para dentro do lúmen do cateter, evitando assim a oclusão trombótica.
	Lavar os DAVC não valvulados (ou abertos) com solução salina heparinizada semanalmente com a concentração de heparina de acordo com política da instituição.
	Lavar os ports implantados com solução salina heparinizada mensalmente, com a concentração de heparina de acordo com a política da instituição.
	Lavar PICCs semanalmente com solução salina heparinizada se não estiver em uso, com a concentração de heparina de acordo com a política da instituição.
	Assegurar-se de que a linha intravenosa está bem afixada na posição.
	Utilizar dispositivos de fixação autoadesivos quando apropriado, ou de acordo com a política da instituição.
	Mudar os conjuntos de administração de fluidos de acordo com a CCIH.
	Utilizar novas soluções IV e novos conjuntos de administração para novos DAVCs.
	Manter registro preciso de infusato(s).

Controle de Dispositivos de Acesso Venoso Central Definição: Tratamento do paciente com acesso venoso prolongado por meio da utilização de um dispositivo inserido na circulação central.	Aplicar curativo com gaze nas primeiras 24 horas após inserção cirúrgica e curativo transparente após as 24 horas.
	Utilizar curativos semipermeáveis transparentes nos dispositivos não tunelizados e mudar a cada 5 dias ou antes, se molhado ou sujo, ou de acordo com política da instituição.
	Utilizar clorexidina alcoólica a 2% para limpeza do orifício de inserção e do próprio cateter e em todas as trocas de curativos, e para descontaminar a pele antes da inserção de DAVC, a menos que o paciente tenha alergia conhecida a clorexidina.
	Monitorar para detectar edema do braço ou aumento do calor no lado isolateral ao dispositivo implantado.
	Monitorar para detecção de complicações de DAVC (p. ex., pneumotórax, tamponamento cardíaco, punção arterial, hemorragia, hemotórax, hidrotórax, embolia gasosa, lesão do plexo braquial, lesão do ducto torácico, infecção, má colocação).
	Inspecionar o local de inserção diariamente para detectar vermelhidão, dor, sensibilidade, calor ou inchaço, pois os dispositivos estão associados a risco aumentado de infecção
	Certificar-se de que quaisquer infusões ligadas ao DAVC tenham sido interrompidas antes de remover um dispositivo
	Remover dispositivo se houver quaisquer sinais de inflamação, vazamento ou secreção a partir do local de inserção.
	Colocar gaze sobre o local de inserção e aplicar pressão leve a moderada para remover o DAVC, a fim de evitar quebra do cateter, laceração e/ou embolização.
	Aplicar um curativo impermeável transparente imediatamente após remoção do DAVC, assegurando boa vedação, e manter no local por 72 horas.

<table>
<tr><td rowspan="12">Cuidados com Drenos: Torácico
Definição: Manejo de paciente com um dispositivo externo que sai da cavidade torácica.</td><td>Manter a higiene adequada das mãos antes, durante e após a inserção ou manipulação do dreno torácico.</td></tr>
<tr><td>Monitorar quanto a vazamento audível de ar após a inserção (i.e., indica inserção inadequada do dreno, exigindo suturas ou reposicionamentos adicionais).</td></tr>
<tr><td>Monitorar quanto ao funcionamento adequado do dispositivo, o posicionamento correto no espaço pleural e a perviedade do dreno (i.e., oscilação respiratória ou oscilação do fluido conforme o paciente respira, tanto no dreno quanto no menisco fluido).</td></tr>
<tr><td>Observar/Documentar quanto à presença de borbulhamento contínuo durante a inspiração e expiração, indicando tanto potencial agravamento da condição do paciente quanto uma falha no fechamento do sistema de drenagem.</td></tr>
<tr><td>Monitorar quanto aos sinais e sintomas do pneumotórax.</td></tr>
<tr><td>Certificar-se de que todas as conexões do dreno estão bem presas e afixadas.</td></tr>
<tr><td>Assegurar a utilização de dispositivo de drenagem de via única, geralmente frasco de drenagem com selo d'água.</td></tr>
<tr><td>Aderir ao nível de água recomendado no frasco de drenagem com selo d'água (i. e., muito pouca água leva a pneumotórax, muita água resulta em drenagem ineficaz ou resolução ineficiente do pneumotórax).</td></tr>
<tr><td>Manter o frasco de drenagem com selo d'água abaixo do nível do tórax.</td></tr>
<tr><td>Fixe o dreno com segurança.</td></tr>
<tr><td>Garantir o uso de dispositivos de drenagem com selo d'água com múltiplas câmaras de drenagem, selo d'água e aspiração, quando indicado pela condição do paciente.</td></tr>
<tr><td>Observar/ Documentar movimentos de ondulação, débito e vazamentos de ar do dreno de tórax, o volume, o tom, a cor e a consistência da drenagem do pulmão, e registrar adequadamente.</td></tr>
</table>

Cuidados com Drenos: Torácico Definição: Manejo de paciente com um dispositivo externo que sai da cavidade torácica.	Realizar ordenha do dreno apenas quando indicado pela condição do paciente (p. ex., paciente sintomático e dreno obstruído), ou conforme requisitado pelo médico.
	Monitorar quanto à crepitação ao redor do local do dreno torácico.
	Trocar o curativo em torno do dreno torácico a cada 48 a 72 horas e conforme necessário, considerando o protocolo institucional.
	Certificar-se de que o dispositivo de drenagem torácica fique mantido em posição vertical.
	Trocar os frascos de drenagem torácica ou o dispositivo de drenagem multicâmara, conforme necessário, para evitar extravasamento ou para o controle da infecção.
	Evitar ocluir o frasco de drenagem ou o dispositivo quando ainda ligado ao paciente, ao mudar os frascos ou dispositivos.
	Orientar o paciente e a família sobre o cuidado adequado ao dreno torácico.
Cuidados com Drenos: Ventriculostomia/ Dreno Lombar Definição: Manejo de paciente com sistema externo de drenagem do líquido cerebrospinal	Renivelar o dispositivo de drenagem, conforme necessário.
	Monitorar e Registrar a quantidade, características (cor, transparência e consistência) e a taxa de drenagem do LCE.
	Esvaziar a bolsa de drenagem, conforme necessário.
	Monitorar o local de inserção quanto a infecção.
	Reforçar curativo do local de inserção, conforme necessário.
	Conter ou Explicar e reforçar as restrições de mobilidade ao paciente, conforme necessário.
	Monitorar quanto à rinorreia e otorreia de LCE.
Cuidados com Sondas: Gastrointestinal Definição: Manejo de paciente com sonda gastrointestinal.	Monitorar o posicionamento correto da sonda, conforme protocolo institucional (SNG, SNE, SOG).
	Conectar a sonda à aspiração gastrointestinal (sifonagem), se indicado.

Cuidados com Sondas: Gastrointestinal Definição: Manejo de paciente com sonda gastrointestinal.	Fixar a sonda a uma parte adequada do corpo, considerando o conforto do paciente e a integridade da pele.
	Lavar a sonda, conforme protocolo institucional.
	Monitorar quanto a sensações de plenitude, náuseas e vômitos.
	Monitorar sons intestinais, diarreia, estado hídrico e eletrolítico.
	Monitorar a quantidade, cor e consistência do débito gástrico.
	Providenciar cuidados ao nariz e boca de três a quatro vezes ao dia, ou conforme necessário.
	Iniciar e monitorar a administração da alimentação enteral, conforme protocolo institucional.
	Ensinar o paciente e a família a cuidar da sonda, quando indicado.
	Realizar cuidados à pele e ao redor do local de inserção da sonda.
	Remover a sonda quando indicado.
Cuidados com Sondas: Urinária Definição: Manejo de paciente com equipamento de drenagem urinária.	Determinar a indicação para sonda vesical.
	Manter higiene adequada das mãos antes, durante e após a inserção ou manipulação do cateter.
	Manter sistema de drenagem urinária fechado, estéril e sem obstruções.
	Assegurar posicionamento da bolsa de drenagem abaixo do nível da bexiga.
	Manter a perviedade do sistema de cateter urinário.
	Irrigar sistema de cateter urinário utilizando técnica estéril, conforme apropriado.
	Realizar cuidados de rotina ao meato com água e sabão durante o banho diário.
Cuidados com Sondas: Urinária Definição: Manejo de paciente com equipamento de drenagem urinária.	Trocar o cateter urinário a intervalos regulares, conforme indicado e conforme protocolo institucional.
	Limpar o cateter urinário externamente ao meato.
	Usar um dispositivo de fixação do cateter.

<table>
<tr><td rowspan="6">Cuidados com Sondas: Urinária
Definição: Manejo de paciente com equipamento de drenagem urinária.</td><td>Esvaziar a bolsa de drenagem antes de todos os transportes do paciente.</td></tr>
<tr><td>Evitar colocar a bolsa de drenagem entre as pernas do paciente durante o transporte.</td></tr>
<tr><td>Higienizar o equipamento de drenagem urinária, conforme protocolo institucional.</td></tr>
<tr><td>Assegurar remoção do cateter logo que indicado pela condição do paciente.</td></tr>
<tr><td>Monitorar quanto a distensão da bexiga.</td></tr>
<tr><td>Evitar inclinar bolsas de urina para esvaziar ou mensurar o débito urinário (medida preventiva de contaminação ascendente).</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td>Risco de Aspiração
Definição: Risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas.</td><td colspan="4">Estado Respiratório: Permeabilidade das Vias Aéreas
Definição: Movimento de entrada e saída de ar dos pulmões e troca de dióxido de carbono e oxigênio no nível dos alvéolos.</td></tr>
<tr><td>Fatores de Risco</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Alimentação por sonda</td><td>Frequência - ritmo - profundidade respiratória</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Deglutição prejudicada</td><td>Capacidade de eliminar secreções</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Motilidade gastrintestinal diminuída</td><td>Ruídos respiratórios adventícios</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Nível de consciência reduzido</td><td>Tosse</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Presença de tubointratraqueal</td><td>Acúmulo de secreção pulmonar</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Traqueostomia</td><td colspan="4" rowspan="4"></td></tr>
<tr><td>Reflexos diminuídos: Tosse</td></tr>
<tr><td>Faríngeo</td></tr>
<tr><td>Sonda gastrintestinal</td></tr>
</table>

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Aspiração das Vias Aéreas Definição: Remoção de secreções das vias aéreas por meio de inserção de cateter de aspiração na via aérea oral, nasofaríngea ou traqueal do paciente.	Verificar a necessidade de aspiração oral e ou traqueal.
	Auscultar os sons respiratórios antes e depois da aspiração.
	Aspirar a nasofaringe com um dispositivo de aspiração, conforme apropriado. Providenciar sedação conforme apropriado.
	Informar o paciente e a família sobre a aspiração.
	Orientar o paciente a fazer várias respirações profundas antes da aspiração nasotraqueal e utilizar oxigênio suplementar conforme apropriado.
Controle do Vômito Definição: Prevenção e alívio de episódios de vômitos.	Avaliar a êmese em relação a cor, consistência, presença de sangue, horário e força utilizada.
	Mensurar ou estimar o volume da êmese.
	Identificar fatores (p. ex., medicamentos e procedimentos) que possam causar ou contribuir para os episódios de vômito.
	Posicionar o paciente para prevenir aspiração.
	Fornecer apoio físico durante os vômitos (ajudando a pessoa a se inclinar e suportar a cabeça da pessoa).
	Realizar higiene oral e do nariz.
	Higienizar o paciente e o ambiente após um episódio de vômito, com atenção especial para a remoção dos odores.
	Aumentar gradualmente a ingestão de líquidos se nenhum vômito ocorrer em um período de 30 minutos.
	Assegurar que medicamentos antieméticos sejam administrados para prevenir vômitos, quando possível.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM			
Risco de Choque Definição: Risco de fluxo sanguíneo inadequado aos tecidos do corpo, capaz de levar a disfunção celular, com risco à vida.	**Gravidade do Choque: Hipovolêmico/Séptico/Anafilático/ Cardiogênico/Neurogênico** Definição: Gravidade dos sinais e sintomas de fluxo sanguíneo inadequado para a perfusão dos tecidos devido à diminuição severa do volume de líquido. Intravascular			
Hipotensão	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Hipoxemia	Pressão arterial média	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Sepse	Frequência cardíaca alterada	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Síndrome da resposta inflamatória sistêmica	Arritmias	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Frequência respiratória alterada	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Oxigênio arterial alterado	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Pele fria, pegajosa, palidez	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Diminuição do débito urinário	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Nível de consciência diminuído	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Resposta lenta da pupila	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Edema de extremidades	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Ruídos adventícios	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	acidose metabólica	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Alteração da Temperatura	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Calafrios	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Pele quente, ruborizada	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Regulação Hemodinâmica Definição: Otimização da FC, pré-carga, pós-carga.	Realizar uma avaliação geral do estado hemodinâmico (i.e., verificar pressão arterial, frequência cardíaca, pulso, pressão venosa jugular, pressão venosa central, pressões atriais direita e esquerda e pressão arterial pulmonar), conforme apropriado.
	Monitorar os sinais e sintomas de problemas no estado de perfusão (p.ex., hipotensão sintomática; extremidades frias, incluindo braços e pernas, obnubilação mental ou sono constante; elevação dos níveis
	séricos de creatinina e nitrogênio ureico no sangue; hiponatremia; pressão do pulso estreita; e pressão do pulso proporcional de 25% ou menos).
	Auscultar ruídos pulmonares para crepitações em outros ruídos adversos.
	Monitorar o edema periférico; distensão da veia jugular; ruídos cardíacos de S3 e S4; dispneia; ganho de peso; e distensão de órgãos, especialmente nos pulmões e fígado.
Supervisão Definição: Aquisição, interpretação e síntese contínuas e com finalidade dos dados do paciente para toma de decisão.	Monitorar o estado neurológico.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		RESULTADO DE ENFERMAGEM			
Desobstrução Ineficaz das Vias Aéreas Definição: Incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter uma via aérea desobstruída.		**Estado Respiratório: Permeabilidade das Vias Aéreas** Definição: Vias Traqueobrônquicas abertas e desobstruídas para a troca de ar.			
Fatores Relacionados	Características Definidoras	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Disfunção neuromuscular	Cianose	Ritmo Respiratório	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Secreções retidas	Tosse ineficaz	Capacidade de eliminar secreções	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Presença de via aérea artificial	Ruídos adventícios respiratórios	Ruídos respiratórios adventícios	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Muco excessivo	Quantidade excessiva de muco	Tosse	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		Dispneia	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Via aérea obstruída	Mudanças no ritmo respiratório	Acúmulo de Secreção Pulmonar	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Doença pulmonar obstrutiva crônica	Mudanças na FR	Ansiedade	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Infecção	Inquietação				
	Dispneia				

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Monitoração Respiratória Definição: Coleta e análise de dados de pacientes para assegurar a perviedade das vias aéreas e troca gasosa adequada.	Observar os movimentos torácicos, notando a simetria, uso dos músculos acessórios e retração da musculatura supraclavicular e intercostal.
	Monitorar quanto a inquietação, ansiedade, sensação de ´’falta de ar´´.
	Monitorar a capacidade do paciente de tossir efetivamente.
	Atentar para rima labial e pressão no cuff.
	Monitorar as secreções respiratórias do paciente.
	Monitorar os níveis de saturação de oxigênio continuamente.
	Auscultar os sons pulmonares respiratórios
	Determinar a necessidade de aspiração após ausculta de estertores ou roncos sobre as grandes vias aéreas.
	Monitorar as leituras do ventilador mecânico, observando elevações das pressões inspiratórias e diminuições no volume corrente, conforme apropriado.
Controle das Vias Aéreas Definição: Facilitação da permeabilidade a passagem do ar.	Identificar o paciente que necessite de inserção real/potencial de via aérea artificial (Tubo/ Traqueostomia).
	Encorajar respiração lenta e profunda, mudança de posição e tosse.
	Posicionar para aliviar a dispneia.

<table>
<tr><th>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td>Risco de Disfunção Neurovascular Periférica.
Definição: Risco de distúrbio na circulação, na sensibilidade ou no movimento de uma extremidade.</td><td colspan="4">Perfusão Tissular
Definição: Adequação do fluxo sanguíneo através dos órgãos do corpo para funcionar ao nível celular.</td></tr>
<tr><td>Fatores de Risco</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
<tr><td>Cirurgia ortopédica</td><td>Fluxo sanguíneo através dos vasos periféricos</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Fraturas</td><td colspan="4" rowspan="3">Perfusão Tissular: Periférica
Definição: Adequação do fluxo de sangue através de pequenos vasos das extremidades para manter função dos tecidos.</td></tr>
<tr><td>Queimaduras</td></tr>
<tr><td>Trauma</td></tr>
<tr><td>Imobilização</td><td>Preenchimento capilar nos dedos das mãos e pés</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><td>Obstrução vascular</td><td>Edema periférico</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td><td>1 2 3 4 5</td></tr>
<tr><th colspan="2">INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="3">ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="8">Posicionamento
Definição: Movimentação deliberada de um paciente ou parte corporal para promover bem-estar fisiológico e/ou psicológico.</td><td colspan="3">Pré-medicar (analgésicos) o paciente antes de virá-lo, quando apropriado.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Virar o paciente imobilizado a cada 3 horas, de acordo com uma rotina especifica, de modo adequado.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Fornecer apoio para áreas edemaciadas (p.ex. travesseiro sob os braços e suporte escrotal), quando apropriado.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Posicionar para facilitar a ventilação/perfusão, quando apropriado.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Evitar colocar o paciente em uma posição que aumente a dor.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Monitorar equipamentos de tração para ajuste apropriado.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Manter a posição e a integridade da tração.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Elevar a cabeceira do leito, conforme apropriado.</td></tr>
</table>

Posicionamento Definição: Movimentação deliberada de um paciente ou parte corporal para promover bem-estar fisiológico e/ou psicológico.	Mobilizar o paciente de acordo com a condição da pele.
	Utilizar equipamentos apropriados para apoiar os membros (p.ex. coxins para as mãos e coxins para trocânteres).
	Colocar o acionamento de mudança de posição do leito ao alcance do paciente.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		**RESULTADO DE ENFERMAGEM**			
Integridade da Pele Prejudicada Definição: Epiderme e/ou derme alteradas.		**Integridade Tissular: Pele e Mucosas** Definição: Integridade estrutural e a função fisiológica normal de pele e mucosas.			
Fatores Relacionados	Característica Definidora	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Extremos de idade	Rompimento da superfície da pele	Lesões de pele	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Forças abrasivas		Tecido cicatricial	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Pressão		Pele que descasca	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Contenção		Eritema	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Hipertermia		Necrose	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Hipotermia		Hidratação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Imobilização física		Perfusão tissular	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Medicamentos					
Pele úmida		Diarreia	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 45
Circulação prejudicada		**Cicatrização de Feridas: Segunda Intenção-1103** Definição: Extensão da regeneração de células e de tecidos após o fechamento intencional.			
Excreções					
Estado nutricional desequilibrado		Granulação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Obesidade		Formação de cicatriz	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Emagrecimento		Tamanho da ferida diminuído	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Proeminências ósseas		Drenagem purulenta/ serosa/ sanguinolenta/ serossanguinolenta	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		Descamação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		Pele com bolhas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		Pele macerada	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		Eritema na pele ao redor da lesão	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		Necrose	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 45
		Cicatrização de Queimaduras-1106 Definição: A extensão da cicatrização de um local queimado.			
		Porcentagem de cicatrização no local da queimadura	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 45
		Movimento articular da extremidade afetada	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 45
		Perfusão tecidual do local da queimadura	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 45

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Cuidados com Lesões Definição: Prevenção de complicações e promoção de cicatrização de lesões.	Realizar tratamento de lesões conforme protocolo institucional.
Cuidados com o Local de Incisão Definição: Limpeza, monitoramento e promoção da cicatrização de uma ferida que é fechada com suturas, clipes ou grampos.	Inspecionar o local da incisão para detecção de vermelhidão; edema ou sinais de deiscência ou evisceração.
	Observar as características de qualquer secreção.
	Monitorar o processo de cicatrização no local da incisão.
	Remover suturas, grampos, clipes ou drenos, quando indicado.
	Aplicar um curativo adequado para proteger a incisão.
	Trocar o curativo em intervalos apropriados.

Cuidado Perineal Definição: Manutenção da integridade da pele perineal e alívio do desconforto perineal.			Auxiliar com a higiene.		
			Manter o períneo seco.		
			Limpar regularmente o períneo em intervalos regulares.		
			Manter o paciente em uma posição confortável.		
			Aplicar uma barreira protetora (p. ex., óxido de zinco, petrolato), quando apropriado.		
Cuidados com Ostomias Definição: Manutenção da eliminação através do estoma e cuidados com o tecido circundante.			Monitorar a incisão/cicatrização do estoma.		
			Monitorar complicações pós-operatórias, tais como obstrução intestinal, íleo paralítico, fístula, ou separação mucocutânea, conforme apropriado.		
			Monitorar o tecido de cicatrização do estoma e a adaptação ao equipamento da ostomia.		
			Alterar/esvaziar a bolsa de ostomia, conforme apropriado.		
			Irrigar a ostomia, conforme apropriado.		
			Auxiliar o paciente no fornecimento do autocuidado.		
			Explicar ao paciente o que o cuidado com a ostomia alterará em sua rotina diária.		
			Auxiliar o paciente a planejar o tempo para a rotina de cuidados.		
			Orientar o paciente como monitorar as complicações (p. ex., falha mecânica, falha química, erupção cutânea, vazamentos, desidratação, infecção).		
			Orientar o paciente sobre os mecanismos para reduzir o odor.		
			Monitorar os padrões de eliminação.		
			Auxiliar o paciente a identificar os fatores que afetam o padrão de eliminação.		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		**RESULTADO DE ENFERMAGEM**			
Risco de Integridade da Pele Prejudicada Definição: Risco de epiderme e/ou derme alteradas.		**Integridade Tissular: Pele e Mucosas** Definição: Integridade estrutural e a função fisiológica normal de pele e mucosas.			
Fatores de risco		Indicadores	Basal	Esperado	Obtido

Extremos de idade	Temperatura da pele	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Excreções	Sensibilidade	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Forças abrasivas	Elasticidade	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Pressão	Hidratação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Contenção	Transpiração	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Imobilização física	Perfusão Tissular	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Secreções	Integridade tecidual	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Estado nutricional desequilibrado				
Circulação prejudicada				
Pele úmida				
Internos				
Proeminências ósseas				
Emagrecimento				
Obesidade				

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	**ATIVIDADES**
Controle da Pressão Definição: Minimização da pressão sobre partes corporais.	Utilizar um colchão/leito terapêutico apropriado.
	Girar o paciente imobilizado pelo menos a cada 2 horas, de acordo com um esquema específico
	Elevar a extremidade lesionada.
	Monitorar a pele quanto às áreas de hiperemia e lesão.
	Usar equipamentos apropriados para manter os calcanhares e proeminências ósseas afastados do leito.
	Monitorar para fontes de pressão e atrito.

Prevenção de Úlceras por Pressão Definição: Prevenção das úlceras de pressão para um indivíduo em alto risco de desenvolvê-las.	Utilizar escala de Braden.
	Documentar quaisquer incidências prévias de formação de ulceras por pressão.
	Documentar o peso e as mudanças de peso.
	Documentar o estado da pele na admissão e diariamente.
	Monitorar intensivamente áreas avermelhadas.
	Remover a umidade excessiva da pele que resulta da perspiração, drenagem de feridas, e incontinência fecal e urinária.
	Aplicar cremes de barreira, conforme apropriado.
	Mudar de decúbito a cada 2 horas, conforme protocolo.
	Colocar o roteiro de mudança de posição ao lado do leito, quando apropriado.
	Inspecionar a pele sobre proeminências ósseas e outros pontos de pressão pelo menos uma vez ao dia durante os reposicionamentos.
	Manter os lençóis limpos, secos e sem amassados.
	Posicionar com travesseiros para elevar pontos de pressão do leito.
	Utilizar leitos e colchões especializados, quando apropriado.
	Hidratar a pele ressecada, ainda íntegra.
	Aplicar protetores nos calcanhares e cotovelos, quando apropriado.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		**RESULTADO DE ENFERMAGEM**			
Mucosa Oral Prejudicada Definição: Lesões nos lábios e tecidos moles da cavidade oral.		**Integridade Tissular: Pele e Mucosas** Definição: Integridade estrutural e a função fisiológica normal de pele e mucosas.			
Fatores Relacionados	Características Definidoras	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Desidratação	Descamação	Hidratação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Desnutrição	Edema	Lesões na mucosa oral	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Diminuição da salivação	Dor oral	Perfusão Tissular	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Aparelhos de correção dental	Exsudatos purulentos	Eritema	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Tubos endotraqueal/ nasogástrico	Fissuras	Branqueamento	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Cirurgia na cavidade oral	Lesões orais	Necrose	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Higiene oral ineficaz	Língua saburrosa				
Infecção	Sangramento				
Trauma					

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Manutenção da Saúde Oral Definição: Manutenção e promoção da higiene oral e saúde bucal para o paciente em risco de desenvolver lesões orais ou dentais.	Aplicar lubrificante para umedecer os lábios e mucosa oral, conforme necessário.
	Realizar e ou auxiliar higiene oral após a alimentação e sempre que necessário.
Cuidados com Lesões Definição: Prevenção de complicações e promoção de cicatrização de lesões.	Limpar com soro fisiológico ou substancia atóxica, conforme apropriado.
	Aplicar produto apropriado na pele/lesão, conforme apropriado.
	Documentar localização, tamanho e aspecto da lesão.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM			
Risco de Olho Seco Definição: Risco de desconforto ocular ou dano à córnea e à conjuntiva devido à quantidade reduzida ou à qualidade das lágrimas para hidratar o olho.	**Gravidade do Olho Seco** Definição: Severidade de sinais e sintomas de insuficiência de lágrimas.			
Fatores de Risco	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Dano à superfície ocular	Diminuição da produção de lágrimas	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Analgésicos	Fechamento incompleto das pálpebras	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Sedativos	Verme-lhidão da Conjuntiva	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Agentes bloqueadores neuromusculares	Sensibilidade a luz	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Operações cirúrgicas				
Lesões neurológicas com perda sensorial reflexa motora				
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM		**ATIVIDADES**		
Cuidado Ocular Definição: Prevenção ou redução das ameaças à integridade ocular e visual.		Monitorar quanto à vermelhidão, exsudato ou ulceração.		
		Monitorar o reflexo da córnea.		
		Aplicar pomada lubrificante, conforme apropriado.		
		Monitorar quanto à vermelhidão, exsudato ou ulceração.		
		Monitorar o reflexo da córnea.		
		Aplicar pomada lubrificante, conforme apropriado.		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	**RESULTADO DE ENFERMAGEM**			
Risco de Queda Definição: Risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico.	**Estado Neurológico - Controle Motor Central** Definição: Capacidade do sistema nervoso central de coordenar a atividade musculoesquelética para os movimentos do corpo.			
Fatores de Risco	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Estado mental diminuído	Movimentos involuntários	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Déficits proprioceptivos	Manutenção da postura	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Narcóticos/opiáceos	Equilíbrio	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Hipnóticos				
Falta de supervisão dos pais				
Mobilidade física prejudicada				
Força diminuída nas extremidades inferiores				
Alteração da função cognitiva				

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Prevenção contra Quedas Definição: Instituição de precauções especiais em paciente em risco de ferimentos devido à queda.	Usar grades laterais com comprimento e altura apropriados para impedir a queda da cama, conforme necessário.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM			
Risco de Sangramento Definição: Risco de redução no volume de sangue capaz de comprometer a saúde.	**Estado Circulatório** Definição: Fluxo sanguíneo sem obstrução e unidirecional, a uma pressão apropriada, através de grandes vasos das circulações.			
Fatores de Risco	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Aneurisma	Pressão arterial	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Coagulopatia intravascular disseminada				
Coagulopatias inerentes				
Complicações pós-parto: Atonia uterina, Placenta retida				
Distúrbios gastrintestinais: Doença ulcerativa gástrica, Pólipos, Varizes				
Efeitos secundários relacionados ao tratamento: Cirurgia, Medicamentos, Administração de derivados do sangue com deficiência de plaquetas				
Função hepática prejudicada: Cirrose, Hepatite				
Quimioterapia				
Trauma				

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Precauções contra Sangramento Definição: Redução de estímulos que podem induzir sangramento ou hemorragia em paciente de risco.	Monitorar atentamente o paciente quanto a hemorragia.
	Monitorar a ocorrência de sinais e sintomas de sangramento persistente (p. ex. verificar todas as secreções em busca de sangue vivo ou oculto).
	Proteger o paciente contra traumas que podem causar sangramento.
	Evitar procedimentos invasivos; quando necessários, monitorar atentamente quanto a sangramentos.
	Evitar inserção de objetos em um orifício de sangramento.
	Usar colchão terapêutico para minimizar traumas à pele.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM			
Risco de úlcera por pressão Definição: Vulnerabilidade à lesão localizada na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre saliência óssea, em consequência de pressão, ou pressão combinada com forças de cisalhamento.	**Integridade Tissular: Pele e Mucosas** Definição: Integridade estrutural e a função fisiológica normal de pele e mucosas.			
Fatores de Risco	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
ADULTO: escore na Escala de Braden < 18	Temperatura da pele	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
CRIANÇA: Escala de Braden Q ≤ 16	Perfusão tecidual	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Incontinência	Hidratação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Imobilização física	Sensibilidade	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
História de úlcera de pressão				
História de trauma				
História de acidente vascular encefálico				
Hipertermia				
Gênero feminino				
Fratura de quadril				
Forças de cisalhamento				

Extremos de peso	
Edema	
Extremos Espessura reduzida da dobra da pele do tríceps de idade	
Escore de Classificação do Estado Físico da American Society of Anesthesiologists (ASA) ≥ 2	
Escore ≥ 2 na Classificação Funcional.	
da New York Heart Association (NYHA)	
Tabagismo	
Doença cardiovascular	
Desidratação	
Déficit de autocuidado	
Linfopenia	
Circulação prejudicada	
Conhecimento insuficiente do cuidador sobre prevenção de úlcera de pressão	
Agentes farmacológico (p. ex., anestesia geral, vasopressores, antidepressivos, norepinefrina).	
Alteração na função cognitiva	
Alteração na sensibilidade	
Anemia	
Atrito em superfície	
Baixo escore na escala de Risk Assessment Pressure Sore (RAPS)	
Nutrição inadequada	
Pele com descamação	
Uso de lençóis com propriedade insuficiente na redução da umidade	
Umidade da pele	

Temperatura elevada da pele em torno de 1- 2ºC	
Pele ressecada	
Redução no nível de albumina sérica	
Redução na perfusão tissular	
Redução na oxigenação tissular	
Redução da mobilidade	
Pressão sobre proeminência óssea	
Período de imobilidade prolongado sobre superfície rija (p. ex., procedimento cirúrgico ≥ 2 horas)	

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	**ATIVIDADES**
Prevenção de Úlceras por Pressão Definição: Prevenção de úlceras de pressão para um indivíduo em alto risco de desenvolvê-las.	Utilizar uma ferramenta de avaliação de risco (p. ex. escala de Braden).
	Documentar quaisquer incidências prévias de formação de úlceras por pressão.
	Documentar o estado da pele na admissão e diariamente.
	Documentar peso e as mudanças de peso.
	Monitorar intensivamente áreas avermelhadas.
	Remover a umidade excessiva da pele que resulta da perspiração, drenagem de feridas, e incontinência fecal e urinária.
	Aplicar barreiras protetoras, como cremes ou materiais absorventes de umidade, para remover o excesso de umidade, quando apropriado.
	Realizar mudança de decúbito a cada 3h.
	Colocar o roteiro de mudanças de posição ao lado do leito.
	Inspecionar a pele sobre proeminências ósseas e outros pontos de pressão pelo menos uma vez ao dia durante os reposicionamentos.
	Posicionar com travesseiros para elevar pontos de pressão do leito.

Prevenção de Úlceras por Pressão Definição: Prevenção de úlceras de pressão para um indivíduo em alto risco de desenvolvê-las.	Manter os lençóis limpos, secos e sem amassados.
	Utilizar leitos e colchões especializados (p. ex. colchão pneumático).
	Monitorar a mobilidade e atividade do indivíduo.
	Aplicar protetores nos calcanhares e cotovelos, quando apropriado.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		**RESULTADO DE ENFERMAGEM**			
Hipertermia Definição: Temperatura corporal elevada acima dos parâmetros normais.		**Termorregulação** Definição: Equilíbrio entre produção, ganho e perda de calor.			
Fatores Relacionados	Características Definidoras	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Aumento da taxa metabólica	Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais	Hipertermia	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 45
Trauma					
Exposição a ambiente quente					
Desidratação	Taquicardia				
Doença	Taquipneia				

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	**ATIVIDADES**
Regulação da Temperatura Definição: Obtenção ou manutenção da temperatura corporal dentro de uma variação normal.	Instituir um dispositivo de monitoramento contínuo da temperatura central.
	Administrar medicamento antipirético (CPM).
	Ajustar a temperatura do ambiente às necessidades do paciente.
	Monitorar e relatar sinais e sintomas de hipertermia.
	Preservar normotermia em pacientes recém-falecidos que serão doadores de órgãos, aumentando a temperatura do ar ambiente, ar quente ou cobertor de água aquecida, ou instalação de fluidos EV, manta térmica, soro aquecido.

Tratamento da Febre Definição: Controle dos sintomas e estados relacionados associados ao aumento da temperatura corporal mediados por pirógenos endógenos.	Monitorar a coloração da pele e sinais vitais.
	Administrar medicações ou líquidos EV (CPM).
	Cobrir o paciente com um cobertor ou com coberta leve, dependendo da fase da febre (ou seja,
	Monitorar complicações relativas à febre e aos sinais e sintomas de condições que causem febre (p. ex. convulsão, baixa de estado consciente, condição eletrolítica anormal, desequilíbrio ácido-base, arritmia cardíaca e alterações celulares anormais).
Tratamento da Hipertermia Definição: Controle de sintomas e condições relacionadas associadas a aumento na temperatura corporal que resulta de uma disfunção termoregulatória.	Aplicar métodos de resfriamento externos (p. ex. compressas frias no pescoço, tórax, abdome, couro cabeludo, axilas e virilha e cobertor de refrigeração).
	Administrar fluidos EV, usando soluções refrigeradas.
	Administrar medicação antipirética (CPM).
	Monitorar temperatura corporal usando dispositivos apropriados (p. ex. sonda retal ou esofágica).
	Verificar a possibilidade de abrir o protocolo de SEPSE.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		**RESULTADO DE ENFERMAGEM**			
Hipotermia Definição: Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais.		**Termorregulação** Definição: Equilíbrio entre produção, ganho e perda de calor.			
Fatores Relacionados	Características Definidoras	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Dano ao hipotálamo	Cianose nos leitos ungueais	Tremores	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 45
Doença	Palidez	Hipotermia	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 45
Inatividade	Pele fria				
Trauma	Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais				

Vestimentas inadequadas	Taquicardia	
	Piloereção	
	Preenchi-mento capilar lento	
	Tremor	

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Regulação da Temperatura Definição: Obtenção ou manutenção da temperatura corporal dentro de uma variação normal.	Monitorar e relatar sinais e sintomas de hipotermia.
	Utilizar colchão de aquecimento, cobertores quentes e ambiente quente para elevar a temperatura do corpo (p. ex. manta térmica).
Tratamento da Hipotermia Definição: Prevenção da perda de calor, reaquecimento e monitoramento do paciente cujo pico da temperatura corporal está anormalmente baixo como resultado de circunstâncias não induzidas.	Remover as roupas molhadas e geladas do paciente.
	Monitorar sintomas associados à hipotermia média (p. ex. taquipneia, disartria, tremores, hipertensão e diurese), hipotermia moderada (p. ex. arritmia atrial, hipotensão, apatia, coagulopatia e diminuição de reflexos) e hipotermia severa (p. ex. oligúria, ausência de reflexos neurológicos, edema pulmonar e anormalidades acidobásicas).
	Monitorar a cor e temperatura da pele.
	Minimizar estimulação do paciente (p. ex. manuseá-lo gentilmente e evitar movimentação excessiva) para evitar a fibrilação ventricular.
	Aplicar o reaquecimento passivo (p. ex. cobertor, toca e roupas quentes).
	Aplicar reaquecimento externo ativo (p. ex. manta quente posicionada na região do tronco próximo das extremidades, garrafas de água aquecida, aquecedor de ar, cobertor aquecido, radiação de luz, sacos aquecidos e aquecedores convectivos de ar, luvas de água quente, soro aquecido).

Quadro 8: Ligação entre diagnósticos de enfermagem vinculados ao domínio 12 da NANDA-I, suas intervenções e resultados de enfermagem

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		**RESULTADO DE ENFERMAGEM**			
Conforto Prejudicado Definição: Percepção de falta de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social.		**Estado de Conforto** Definição: No geral físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, facilidade e segurança de um indivíduo.			
Fatores Relacionados	Características Definidoras	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido
Controle ambiental insuficiente.	Alteração no padrão de sono	Bem-estar físico	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Controle situacional insuficiente	Ansiedade	Inquietação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Estímulos ambientais nocivos	Choro	Agitação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Privacidade insuficiente	Desconforto com a situação				
Regime de tratamento	Descontentamento com a situação				
Sintomas relativos à doença	Inquietação				
	Incapacidade de relaxar				
	Irritabilidade				
	Sintomas de sofrimento				
	Sensação de desconforto				
	Sensação de fome				
	Comportamento expressivo (p. ex., agitação, choro, vigilância)				

<table>
<tr><th>INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM</th><th>ATIVIDADES</th></tr>
<tr><td rowspan="8">Posicionamento
Definição: Movimentação deliberada de um paciente ou parte corporal para promover bem-estar fisiológico e/ou psicológico.</td><td>Posicionar em alinhamento corporal apropriado.</td></tr>
<tr><td>Monitorar o estado de oxigenação antes e após mudanças de posições.</td></tr>
<tr><td>Fornecer apoio apropriado para o pescoço.</td></tr>
<tr><td>Evitar colocar o paciente em uma posição que aumente a dor.</td></tr>
<tr><td>Elevar a cabeceira do leito, conforme apropriado.</td></tr>
<tr><td>Minimizar o atrito e forças de cisalhamento durante o posicionamento e mobilização do paciente.</td></tr>
<tr><td>Posicionar de modo a evitar um tensionamento da ferida, do modo apropriado.</td></tr>
<tr><td>Virar o paciente imobilizado a cada 3 horas de acordo com uma rotina especifica do modo adequado.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Controle do Ambiente Conforto
Definição: Manipulação do ambiente do paciente para promover o máximo conforto.</td><td>Determinar a causa do desconforto, como curativos molhados, posicionamento dos tubos, curativos apertados, roupa amarrotada, e irritantes ambientais.</td></tr>
<tr><td>Fornecer ou remover cobertores para promover conforto térmico conforme indicado.</td></tr>
<tr><td>Evitar exposições desnecessárias a correntes de ar, calor extremo ou friagem.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="2">DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</th><th colspan="4">RESULTADO DE ENFERMAGEM</th></tr>
<tr><td colspan="2">Dor Aguda
Definição: Experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de intensidade leva a intensa, com término antecipado ou previsível.</td><td colspan="4">Nível de Dor
Definição: Gravidade da dor observada ou relatada.</td></tr>
<tr><td>Fatores Relacionados</td><td>Características Definidoras</td><td>Indicadores</td><td>Basal</td><td>Esperado</td><td>Obtido</td></tr>
</table>

Agente lesivo biológico (ex. infecção, isquemia, neoplasma)	Autorrelato da intensidade usando escala padronizada de dor	Agitação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Agente lesivo físico (ex. abcesso, amputação, queimadura, corte, procedimento cirúrgico, trauma)	Posição para aliviar a dor	Expressão facial de dor	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Agente lesivo químico (ex. queimadura, capsaicina, cloreto de metileno, agente mostarda)	Expressão facial de dor	Pressão Arterial	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
	Mudanças no parâmetro fisiológico (ex. PA, FC e FR saturação de oxigênio)	Dor relatada	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
		Frequência de pulso radial	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM			**ATIVIDADES**		
Controle da Dor Definição: Alívio da dor ou redução da dor até um nível de conforto que seja aceitável para o paciente.			Considerar o tipo e a fonte da dor quando estiver escolhendo a estratégia de alívio da dor.		
			Utilizar medidas de controle da dor antes de a dor se tornar severa.		
Controle de Medicamentos Definição: Facilitação do uso seguro e eficaz de fármacos vendidos com prescrição e isentos de prescrição.			Determinar quais fármacos são necessários e administrar de acordo com a autoridade e/ ou protocolo prescrito.		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		**RESULTADO DE ENFERMAGEM**			
Náusea Definição: Fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável na parte de trás da garganta e do estômago, que pode ou não resultar em vômito.		**Gravidade de Náusea e Vômitos** Definição: Gravidade dos sinais e sintomas da náusea, da ânsia de vômito e do vômito.			
Fatores Relacionados	Características Definidoras	Indicadores	Basal	Esperado	Obtido

Distensão gástrica	Aversão a comida	Frequência da Náusea	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Distúrbios bioquímicos (ex. uremia, cetoacidose diabética)	Deglutição aumentada	Intensidade da Náusea	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Doença esofágica	Gosto amargo na boca				
Doença pancreática	Náusea				
Enjoo causado pelo movimento	Salivação aumentada				
Irritação gastrintestinal					
Pressão intracraniana aumentada					
Tumor localizado (ex. neuroma do acústico, tumor cerebral, metástase óssea)					
Regime de tratamento					
Ansiedade					
Estímulo visual desagradável					
Estímulos ambientais nocivos					
Medo					
Odores nocivos					
Distúrbio psicológico					

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ATIVIDADES
Controle da Náusea Definição: Prevenção e alívio das náuseas.	Identificar fatores (ex. medicação e procedimentos) que podem causar ou contribuir para náusea.
	Certificar-se da efetividade de medicamentos antieméticos que são dados para evitar náuseas.
Controle de Medicamentos Definição: Facilitação do uso seguro e eficaz de fármacos vendidos com prescrição e isentos de prescrição.	Determinar quais fármacos são necessários e administrar de acordo com a autoridade e/ ou protocolo prescrito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção da tecnologia assistencial do tipo matriz contendo diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem para pacientes em tratamento intensivo será bastante útil para enfermeiros, docentes e discentes que utilizam o PE na prática clínica.

Ressalta-se que o conteúdo definido para a construção desta tecnologia pode ser alterado a partir das necessidades e perfil clínico de cada UTI adulto. Cabe ao enfermeiro, a partir do pensamento crítico, raciocínio clínico e diagnóstico, escolher a ligação NNN que responder melhor à necessidade individual do paciente que está sendo assistido.

REFERÊNCIAS

1. Herdman TH, Kamitsuru S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2018-2020. Tradução: Regina Machado Garcez 11ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.
2. Bulechek GM, Butcher H, Docherman JM, Wagner CM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
3. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Nursing outcomes classifications (NOC). 5. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.
4. Adamy, EK, et al. Integração ensino-serviço: estratégia para a consolidação do processo de enfermagem. In: Educação Permanente em Saúde de Santa Catarina: entre cenários e práticas. Org: Vendruscolo C, et al. 1ª ed. Porto Alegre: UNIDA; 2018. Ebook disponível em: https://www.udesc.br/arquivos/ceo/id_cpmenu/1887/ED_17___S_RIE_ATEN__O_B_SI-CA___Educa__o_Permanente_em_Sa_de_de_Santa_Catarina_PRESS_Volume_II_15355598246274_1887.pdf.
5. Bitencourt, JVOV, et al. Implantação e implementação do processo de enfermagem em um hospital escola: experiências exitosas a luz da Educação Permanente em Saúde. In: Educação Permanente em Saúde de Santa Catarina: entre cenários e práticas. Org: Vendruscolo C, et al. 1ª ed. Porto Alegre: UNIDA; 2018. Ebook disponível em: https://www.udesc.br/arquivos/ceo/id_cpmenu/1887/ED_17___S_RIE_ATEN__O_B_SI-CA___Educa__o_Permanente_em_Sa_de_de_Santa_Catarina_PRESS_Volume_II_15355598246274_1887.pdf.

APÊNDICE A: LISTA DE SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral
BH – Balanço Hídrico
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CO2 – Dióxido de Carbono
CPM – Conforme Prescrição Médica
CVF – Capacidade Vital Forçada
DAVC – Dispositivos de Acesso Venoso Central
DC – Débito Cardíaco
ECG – Eletrocardiograma
EV – Endovenosa
FC – Frequência Cardíaca
FEV – Volume Expiratório Forçado com um segundo
FiO2 – Fração Inspirada de Oxigênio
FR – Frequência Respiratória
IC – Índice Cardíaco
IV – Intravenosa
LCR – Líquido Cefalorraquidiano
NANDA-I – North American Nursing Diagnoses Association International
NIC – Nursing Intervention Classification
NOC – Nursing Outcome Classification
NPT – Nutrição Parenteral Total
PA – Pressão Arterial
PAM – Pressão Arterial Média
PAP – Pressão da Artéria Pulmonar
PCO2 – Pressão Parcial de Dióxido de Carbono
PE – Processo de Enfermagem
PEEP – Pressão Positiva Expiratória Final
PH – Concentração de íons de Hidrogênio
PIC – Pressão Intracraniana
PICC – Cateter Central de Inserção Periférica
PO2 – Pressão parcial de oxigênio
POAP – Pressão de Oclusão da Artéria Pulmonar
POP – Protocolo Operacional Padrão

PPC – Pressão de Perfusão Cerebral
PVC – Pressão Venosa Central
SaO2 – Saturação de Oxigênio arterial
SCIRAS – Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde
SNE – Sonda Nasoenteral
SNG – Sonda Nasogástrica
SOG – Sonda Orogástrica
SpO2 – Saturação Capilar Periférica de Oxigênio
SvO2 – Saturação de Oxigênio venoso
TCE – Traumatismo Cranioencefálico
TFP – Teste de função pulmonar
TRM – Traumatismo Raquimedular
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

CAPÍTULO 5

GESTÃO DO ACOMPANHAMENTO E APERFEIÇOAMENTO DA OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL REGIONAL DO OESTE

Aldair Weber
Andressa Reginatto Percisi
Ariel Larissa Scolari Teixeira
Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt
Larissa Jaíne Pinheiro
Priscila Biffi

INTRODUÇÃO

A proposta a qual a Comissão do Processo de Enfermagem (COMPEnf) da Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (ALVF) e as Instituições de Ensino Superior (IES) da cidade de Chapecó que possuem curso de graduação em enfermagem se propuseram possui uma magnitude ímpar. Além de responder às demandas legais e éticas relativas ao Processo de Enfermagem (PE), constitui-se como proposta coletiva em todos os espaços, consagrando o trabalho participativo em nível institucional a partir das concepções de Integração Ensino e Serviço. E também consagra o trabalho participativo no que tange à produção da tecnologia de operacionalização do PE que foi desenvolvida por meio das "rodas

de conversa", contando com a presença de docentes, estudantes e profissionais do serviço. Ademais, o constructo se caracteriza por representar a realidade das necessidades de saúde dos pacientes atendidos no hospital, para o qual se focalizou na construção de uma tecnologia do tipo Matriz Assistencial da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) da instituição de saúde.

Entendeu-se também que, possivelmente, somente a auditoria não responderia às nuances e dúvidas surgidas no cotidiano. Por isso, se optou em agregar aos procedimentos de auditoria os procedimentos de assessoria, visto que eles ampliariam o escopo de atuação da comissão frente à proposta de acompanhamento, permitindo ouvir do enfermeiro acerca de suas dúvidas, certezas e incertezas. Indo além, para refinar o julgamento clínico intrínseco à etapa diagnóstica, bem como refinar a seleção de resultados, indicadores, intervenções e atividades, se desenhou uma proposta que instituiu a apresentação de estudos de casos clínicos com uma frequência bimensal. Nessa proposta, considerou-se que todos os profissionais envolvidos na construção e, principalmente, na operacionalização pudessem se fazer presentes e crescer cientificamente quanto à avaliação clínica em saúde. Portanto, esta estrutura corresponde ao arsenal sugerido, dialogado e colocado em prática pela comissão, visando fazer frente, efetivamente, ao produto que se criou para implementar PE na UTI do Hospital Regional do Oeste.

GESTÃO DO ACOMPANHAMENTO: OS PROCEDIMENTOS DE AUDITORIA

Há muito tempo os processos de auditoria constituem-se como uma importante ferramenta para o trabalho, pois permitem a avaliação de atividades quanto a sua efetividade, qualidade e alcance dos objetivos. Entretanto, o que exalta sua aplicação é seu caráter educacional, visto que, para além da identificação dos problemas, permite apontar possíveis resoluções.[1]

Na área da saúde, a auditoria surge no século XX, com o intuito de analisar a assistência conferida aos pacientes através dos registros em prontuários. A partir do ano 1980, a auditoria de enfermagem começa a desenvolver-se nas instituições de saúde, visando garantir a qualidade assistencial e o controle dos processos internos por meio de uma avaliação sistemática.[2]

No sentido de garantir uma assistência de qualidade prestada aos pacientes, fica explícita a importância da auditoria para verificar se o proposto para determinada atividade está sendo executado e alcançado. Com base nessa premissa, é determinante sua contribuição no processo de implantação e implementação do PE nos ambientes em que ocorre o cuidado profissional, dada a repercussão ética e legal – e científica, por conseguinte – da aplicação prática do PE.

Dessa forma, quanto à aplicabilidade do PE, o processo de auditoria assume um sentido ampliado, visto que, para além das averiguações legais que certificam a implementação do PE nos serviços de saúde, há que se ponderar sobre a necessidade em se auditar no cotidiano da assistência de enfermagem, avaliando a qualidade no uso desta tecnologia de cuidado. Portanto, ao se refletir e operar procedimentos de auditoria para o aperfeiçoamento prático do PE, é necessário estar ciente do quão favorável e indispensável é a iniciativa, contribuindo com o desenvolvimento da expertise para a execução da prática legal da enfermagem.

Os procedimentos de auditoria relativos à aplicabilidade do PE nas unidades do hospital consistem em ações previstas no regimento da COMPEnf. Operacionalmente, implementa-se o PE nas unidades do hospital com base na criação de uma Tecnologia Assistencial do tipo Matriz, que inclui os Sistemas de Linguagens Padronizadas (SLP) – NANDA *International* (NANDA-I), *Nursing Outcomes Classification* (NOC) e *Nursing Interventions Classification* (NIC) –, sendo que cada unidade/setor possui a sua própria matriz, considerando para tal o perfil epidemiológico e social dos pacientes.

A realização dos procedimentos de auditoria pela COMPEnf estão intrínsecos durante todo o processo de construção e implementação das etapas do PE. Para tal, desenvolveu-se um instrumento de coleta de informações junto aos prontuários dos pacientes das unidades, visando averiguar a adequação da aplicação das etapas do PE nas unidades do hospital.

Os aspectos observados no processo de auditoria são registrados numa planilha específica (Figura 1). Registram-se a data, o leito e a unidade, avaliando-se: Histórico de Enfermagem (completo ou incompleto); Evolução diária (completa ou incompleta); NANDA-I (inadequado, totalmente inadequado ou totalmente adequado); NOC (inadequado, totalmente inadequado ou totalmente adequado); NIC (inadequado, totalmente inadequado ou totalmente adequado). Depois de cada aspecto, há uma coluna para anotar observações, permitindo que se registrem detalhes significativos.

Figura 1: Planilha de avaliação para a auditoria do Processo de Enfermagem

DATA	LEITO	UNIDADE	HISTÓRICO DE ENFERMAGEM	OBS.	EVOLUÇÃO DIÁRIA	OBS.	NANDA-I	OBS.	NOC	OBS.	NIC	OBS.
			( ) Completo ( ) Incompleto		( ) Completa ( ) Incompleta		( ) Inadequado ( ) Totalmente inadequado ( ) Totalmente adequado		( ) Inadequado ( )Totalmente inadequado ( ) Totalmente adequado		( ) Inadequado ( ) Totalmente inadequado ( ) Totalmente adequado	
			( ) Completo ( ) Incompleto		( ) Completa ( ) Incompleta		( ) Inadequado ( ) Totalmente inadequado ( ) Totalmente adequado		( ) Inadequado ( ) Totalmente inadequado ( ) Totalmente adequado		( ) Inadequado ( ) Totalmente inadequado ( ) Totalmente adequado	
			( ) Completa ( ) Incompleta		( ) Completa ( ) Incompleta		( ) Inadequado ( ) Totalmente inadequado ( ) Totalmente adequado		( ) Inadequado ( ) Totalmente inadequado ( ) Totalmente adequado		( ) Inadequado ( ) Totalmente inadequado ( ) Totalmente adequado	

Fonte: COMPEnf (2018).

Esta prática de auditoria caracteriza-se por ser sistemática e deve ocorrer imediatamente após a criação de cada Matriz Assistencial dos respectivos setores, bem como durante a implementação das etapas do PE. É importante destacar que a prática de auditoria tem caráter permanente neste caso, ocorrendo inclusive após o término da construção da matriz.

Os dados obtidos na auditoria são analisados nas reuniões mensais da COMPEnf, com posterior devolutiva para as respectivas unidades através de "rodas de conversa". Esta ação permite identificar as dificuldades e potencialidades encontradas durante a implementação, buscando alinhar e resolver as problemáticas encontradas, assim como estimular a continuidade dos aspectos positivos evidenciados, favorecendo um status comportamental de segurança diante da etapa que está sendo implementada, deixando-os mais propensos ao efetivo desenvolvimento da próxima etapa.[2]

No contexto da perspectiva metodológica, a auditoria do PE estrutura-se neste serviço a partir dos prontuários dos pacientes, pois é neles que se encontram os registros das etapas realizadas pelos enfermeiros das unidades durante o período de implementação. Dessa maneira, o prontuário do paciente é a fonte de informações por meio da qual é possível avaliar o desempenho da assistência fornecida aos pacientes. Daí a importância de os enfermeiros comprovarem a realização das ações por meio do registro no prontuário do paciente, visto que a não realização dessas anotações poderá conferir obstáculo à prática da auditoria, pois impossibilita avaliar a eficiência e eficácia na implementação de cada etapa do PE. Portanto, quando os membros da COMPEnf adotam o desenvolvimento

de procedimentos de auditoria através da utilização dos prontuários, esta condução corresponde com o que se preconiza na literatura.[3,4]

Além disso, optou-se pela realização dos procedimentos de auditoria após a criação (implantação) e operacionalização (implementação) de cada etapa do PE em cada unidade, particularizando a condução das atividades de acordo com as especificidades. Dessa forma, é possível evidenciar os problemas encontrados durante o processo de construção e operacionalização, bem como sanar as possíveis dúvidas que os profissionais possam apresentar, antes de iniciar a produção do constructo e aplicação da etapa subsequente do PE. Ademais, a auditoria nas unidades em que já houve a total implementação do PE visa acompanhar a adequada condução de toda a atividade, em especial no que tange ao desenvolvimento do raciocínio clínico das etapas do PE, isto é, se a escolha dos diagnósticos, a seleção de resultados e as intervenções de Enfermagem foram estabelecidas de forma coerente.[5]

Na sequência, com base no método de auditoria utilizado no serviço e nos aspectos que foram selecionados para a obtenção de informações acerca das conformidades relativas à operacionalização e aplicação do PE, se discute como a COMPEnf delibera sobre os resultados da auditoria e realiza a devolutiva deste processo aos profissionais do serviço.

Frente aos resultados obtidos através das auditorias, a COMPEnf pondera sobre a realização do PE para todos os pacientes das unidades avaliadas, sua frequência diária, a inclusão de todas as etapas do PE, a sua adequada efetivação e, por fim, a qualidade dos registros quanto a coerência envolvendo o raciocínio clínico subjacente a realização do PE de cada paciente. Dessa maneira, os membros da COMPEnf discutem sobre estes achados, deliberando acerca das ações que serão providenciadas junto aos profissionais nas "rodas de conversa" das respectivas unidades. Logo, a conversa entre os membros da comissão permite a reflexão e a organização de estratégias educativas para posterior argumentação relativa à avaliação dos resultados da auditoria com os profissionais.

Nesse sentido, com a aplicação idealizada do PE, diante dos procedimentos de auditoria, há que se ponderar sobre a existência de peculiaridades inerentes à assistência da enfermagem, as quais não podem ser ignoradas, pois eventualmente podem inviabilizar a prática do PE no cotidiano dos serviços de saúde. Embora esta não seja uma realidade absoluta, alguns estudos têm demonstrado

tais dificuldades, como é o caso da não realização do PE em sua integralidade, justificada na maioria das vezes pela rotina, demanda e sobrecarga de trabalho.[6]

No que tange às devolutivas dos procedimentos de auditoria junto aos profissionais, busca-se sempre reforçar o caráter educativo em detrimento ao punitivo. Assim, evidenciou-se uma maior proximidade, desde o início do processo, entre a COMPEnf e os profissionais participantes, os quais se sentiram protagonistas na construção e implementação do PE. A obtenção de informações importantes, a partir das devolutivas das auditorias durante as rodas de conversa, subsidiou a reorientação de práticas, bem como possibilitou destacar as potencialidades observadas no decorrer da implementação das etapas. É uma tendência que se confirma, circundando esta prática, quando se afirma que o processo de auditoria aponta sugestões e soluções para a melhoria da compatibilidade dos registros, objetivando um desenvolvimento do PE da forma mais coerente possível.[4]

Cabe enfatizar, portanto, que os procedimentos de auditoria realizados para implementação do PE no serviço só possibilitam a obtenção de êxito pelo fato de serem contínuos, sistemáticos e, com isso, promoverem um permanente processo de aperfeiçoamento.

GESTÃO DO ACOMPANHAMENTO: OS PROCEDIMENTOS DE ASSESSORIA

Para saber quais seriam as dúvidas dos enfermeiros da UTI que desenvolvem o PE diariamente, se estruturou um formulário de assessoria, o qual apresenta inúmeros questionamentos que os membros da comissão, ao agendarem o procedimento de assessoria na unidade, de forma indispensável, devem realizar. Os itens contemplados no formulário designam questões envolvendo todas as etapas do PE, bem como se averigua sobre o sistema de informatização. A estratégia da assessoria foi escolhida com base nas concepções dos processos de assessoria; assim, quando se tem um grupo de indivíduos especializados em uma instituição, empresa ou departamento que presta auxílio, tem-se uma assessoria.

Como as experiências de gestão do acompanhamento do PE na prática não são identificadas na literatura, a COMPEnf criou esta estratégia considerando exatamente a prerrogativa de auxiliar os enfermeiros da UTI quando do

surgimento de dúvidas. Importante destacar que a agenda de assessoria acontece juntamente com a agenda de auditoria e, nesse caso, como já discutido, agregam-se elementos na gestão do acompanhamento e qualificação do PE que não estão presentes na auditoria.

A estrutura criada permite aos assessores discorrerem sobre todos os itens essenciais, evitando que se perca a oportunidade de identificar pontos frágeis em questões que eventualmente não seriam lembradas pelo enfermeiro ou assessor para ser tratada. No processo de auditoria – instrumento para nortear a Assessoria do Processo de Enfermagem –, em uma planilha, com registro da unidade, data e comentários, os principais aspectos observados são os seguintes:

1) Esclarecer dúvidas relativas à utilização do registro eletrônico (software) do PE;
2) Auxiliar na escolha dos melhores resultados, indicadores, intervenções e atividades para cada diagnóstico;
3) Deliberar sobre necessárias inclusões das taxonomias NANDA-I, NOC e NIC que serão elencadas juntamente com os profissionais da unidade (para tanto é necessário que o assessor sempre leve um exemplar de cada uma das taxonomias visando agilizar as deliberações das inclusões);
4) Relembrar sempre que, no sistema, quando se definem as atividades, é possível utilizar o campo (complemento), o qual permite ao enfermeiro incluir especificidades relativas à atividade a ser realizada (ex.: uso de cavilon);
5) Realizar avaliação da coerência do raciocínio clínico intrínseco a cada diagnóstico de enfermagem, isto é, em cada encontro de assessoria, o integrante da COMPEnf revisa um diagnóstico com seus respectivos resultados, indicadores, intervenções e atividades para identificar a coerência do raciocínio clínico;
6) Retomar com os enfermeiros a construção dos diagnósticos de enfermagem quanto à escolha deste propriamente dito, bem como sua prioridade, e também a seleção dos fatores relacionados ou de risco e das características definidoras, devendo usar uma situação de saúde real de um paciente sendo atendido na unidade;
7) Ouvir as sugestões referidas pelos enfermeiros sobre melhoria da operacionalização do PE.

Quadro 1: Instrumento para nortear a Assessoria do Processo de Enfermagem

PLANILHA DE ACOMPANHAMENTO DE ASSESSORIA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM	
UNIDADE	**DATA**
ITENS A SEREM CONFERIDOS	**COMENTÁRIOS**
Esclarecer dúvidas relativas à utilização do registro eletrônico (software) do PE	
Auxiliar na escolha dos melhores resultados, indicadores, intervenções e atividades para cada diagnóstico	
Deliberar sobre necessárias inclusões das taxonomias NANDA-I, NOC e NIC que serão elencadas juntamente com os profissionais da unidade (para tanto é necessário que o assessor sempre leve um exemplar de cada uma das taxonomias visando agilizar as deliberações das inclusões)	
Relembrar sempre que no sistema quando se definem as atividades é possível se utilizar do campo (complemento) que permite ao enfermeiro incluir especificidades relativas à atividade a ser realizada (ex.: uso de cavilon)	
Realizar avaliação da coerência do raciocínio clínico intrínseco a cada diagnóstico de enfermagem, isto é, em cada encontro de assessoria, o integrante da COMPEnf revisa um diagnóstico com seus respectivos resultados, indicadores, intervenções e atividades para identificar a coerência do raciocínio clínico	
Retomar com os enfermeiros a construção dos diagnósticos de enfermagem quanto às suas escolhas, bem como sua prioridade e também a seleção dos fatores relacionados ou de risco e das características definidoras, devendo usar uma situação de saúde real de um paciente sendo atendido na unidade	
Ouvir as sugestões referidas pelos enfermeiros sobre melhoria da operacionalização do PE	

GESTÃO DO APERFEIÇOAMENTO: APERFEIÇOANDO O RACIOCÍNIO CLÍNICO ATRAVÉS DA ESTRATÉGIA DE ESTUDOS DE CASO

Um dos principais desafios no processo educativo formativo em enfermagem é o desenvolvimento do raciocínio diagnóstico, o qual exige habilidades cognitivas e dedutivas dos profissionais, almejando que o processo seja eficaz

e acurado. Nesse sentido, frisa-se que a aplicação do PE proporciona os fundamentos para as habilidades de pensamento crítico e raciocínio clínico, essenciais ao exercício da profissão. De tal modo, considera-se que as Classificações de Enfermagem são valiosos instrumentos que podem enriquecer tanto o ensino quanto a implementação do PE, uma vez que separam, codificam e ordenam os fenômenos de interesse.[7,8]

Na tentativa de auxiliar na formação de enfermeiros no que tange ao ensino do raciocínio clínico, o estudo de caso, enquanto estratégia de ensino, pode ser um recurso facilitador. Trata-se da análise minuciosa de uma situação real a ser discutida. Essa metodologia viabiliza, ao estudante, realizar uma correlação entre teoria e prática, favorecendo a assimilação e aplicação prática do ensino teórico. Nestes exercícios, o estudo dos problemas e das necessidades do paciente, da família e comunidade pode ser realizado de forma ampliada, fornecendo subsídios para que estratégias de ação sejam identificadas. No entanto, uma de suas principais vantagens consiste na abordagem orientada para perguntas, estimulando a participação ativa, a articulação entre teoria e prática e o pensamento crítico. Outro aspecto relevante é o *feedback* imediato para as eventuais dúvidas.[7,8]

O estudo de caso é considerado uma Metodologia Ativa de aprendizagem, mais comumente traduzida como Problematização e Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), a qual visa romper com os métodos tradicionais de ensino-aprendizagem. Nessa metodologia, busca-se que o educando assuma o papel de agente principal responsável pela aprendizagem, reflita sobre os problemas que provocam curiosidade e geram desafio e abandone o papel de receptor passivo, permitindo-lhe ser sujeito na construção do seu próprio conhecimento. Essas estratégias buscam o envolvimento em grupo para que a condução da aprendizagem ocorra pelas experiências vivenciadas no processo. Os métodos propostos, os quais criticam o ensino tradicional, utilizam situações-problema para estimular a aquisição de conhecimentos.[9,10]

A autonomia é um dos principais alicerces das Metodologias Ativas, um princípio teórico significativo na enfermagem, uma vez que a capacidade de autogerenciar ou autogovernar seu processo de formação e aplicação de conhecimentos é fundamental para a profissão. Assim, preza-se a autonomia e a dignidade dos sujeitos que constroem suas histórias.[9,10] As Metodologias Ativas têm se identificado como modelo de aprendizagem que mais se adéqua com os princípios, as diretrizes e necessidades da atual política de saúde, isso porque

contribuem para a construção de um cuidado lógico, ampliado e integral, um avanço para a formação profissional na saúde para o SUS.[9]

Esses estudos fazem parte de estratégias de aperfeiçoamento profissional, pois é através do debate de casos reais que se desencadeará em profissionais mais autoavaliativos, que discorrem sobre seus conhecimentos e produzem novos conhecimentos no próprio ambiente de trabalho. Discussões de caso promovem a troca de saberes entre os profissionais, uma vez que promovem o debate sobre situações vividas dentro de um contexto prático. Cada participante tem a oportunidade de relatar fatos similares pelos quais passou, retirando possíveis dúvidas, discutindo soluções e inovações. Isto faz com que o raciocínio clínico de todos os envolvidos se torne mais aguçado e experiente, culminando em profissionais mais ágeis quando se trata da realização do processo de enfermagem.[11,12]

A aplicação de estudos de caso aqui descritos se baseiam no modelo aplicado dentro da construção e aprimoramento das Matrizes Assistenciais do PE. Os encontros realizados para discussão dos casos são mensais, de curta duração, porém, com grande relevância para o aprimoramento profissional e pessoal dos envolvidos, que são enfermeiros do hospital, docentes e discentes das instituições envolvidas na criação e no desenvolvimento das matrizes. Para que o estudo de caso ocorra, é necessário que um enfermeiro da unidade realize uma coleta de dados de um paciente através do preenchimento do histórico de enfermagem.

Os participantes, a partir do histórico do paciente, elencam todas as possibilidades diagnósticas para o paciente. Contudo, os diagnósticos que serão trabalhados são apenas os diagnósticos prioritários naquele momento, sendo em torno de três a cinco diagnósticos. Após os diagnósticos definidos, se começa a pensar no que se espera alcançar de resultados no paciente e na prevenção de agravos; por exemplo, se o diagnóstico é risco de infecção relacionado a procedimentos invasivos, então, o objetivo ou resultado esperado é o controle dos riscos para infecção. Para que o controle de riscos seja alcançado, será necessária a realização de intervenções de enfermagem, que são as atividades desenvolvidas ao paciente para concretização de um resultado esperado. Se o profissional sabe o que quer alcançar com o paciente, torna-se mais fácil identificar as intervenções e atividades que deve desempenhar para obter o desejado.

A estratégia de aperfeiçoamento adotado no serviço por meio dos estudos de caso e que já foi debatida previamente favorece a estruturação do raciocínio clínico, questão que sempre estará em foco ao se tratar de PE. As decisões clínicas

tomadas no cotidiano da assistência são complexas e demandam de respaldo em evidências científicas e preparo profissional. O desenvolvimento do raciocínio clínico é necessário para a construção de todas as etapas do PE: coleta de dados/histórico; diagnósticos; planejamento; implementação; avaliação. Há, desse modo, a coerência clínica no cuidado, prestando uma assistência sistematizada, segura e de qualidade.

Durante o atendimento ao paciente, realiza-se uma coleta de dados clínicos/da sua história de vida e saúde, além da realização do exame físico. Logo, o raciocínio clínico pode ser definido como um pensar através dos vários aspectos de um paciente específico, com uma tomada de decisão mais precisa em relação à prevenção, ao diagnóstico, aos cuidados e/ou tratamento de um problema clínico.[12] Dessa forma, o raciocínio clínico é compreendido como um processo que acontece durante a avaliação das necessidades que demandam a assistência de enfermagem, como também na escolha de intervenções do cuidado, para que haja a conquista dos resultados de saúde, os quais são de responsabilidade da enfermagem.

Com isso, evidencia-se que o processo de pensamento, que conduz ao raciocínio clínico, precisa acontecer em todas as etapas do PE, pois elas estão inter-relacionadas, ou seja, uma etapa dependente da outra. Por exemplo, os indicadores precisam estar ligados com os diagnósticos, as atividades com os resultados e, assim, consecutivamente, para que o cuidado alcance os resultados esperados. É necessário, portanto, que o profissional identifique fatos e especificidades a respeito da situação que está analisando, que consiga distinguir um contexto de outro e complete o seu pensamento por meio de evidências relacionadas, desenvolvendo, desse modo, o raciocínio.[13] Nesse sentido, a estratégias dos estudos de caso cria um ambiente favorável à discussão do encadeamento de ideias sobre a condição clínica dos pacientes de tal forma que, durante o seu acontecimento, os enfermeiros possam perceber o alinhamento, a coerência clínica na operacionalização das etapas do PE.

Outra linha do PE que exige raciocínio clínico é a necessidade de elencar as situações prioritárias; sendo relevante encadear o raciocínio clínico entre as etapas do processo, justamente compreendendo clinicamente as prioridades, por exemplo, em atividades que aumentam a Pressão Intracraniana (PIC) como troca de decúbito para paciente com Hipertensão Intracraniana (HIC), mas que ainda não está instalada. O paciente está em risco de desenvolver e agravar, porém,

quando o paciente já está com HIC instalada, deve-se avaliar o risco benefício: se não alterar o decúbito vai prejudicar a pele do paciente e causar uma lesão por pressão; se realizar a mudança de decúbito, têm-se o risco aumentado de elevar a PIC, assim como fica impossibilitada a realização do banho.

Nessa situação, evidencia-se claramente o julgamento do raciocínio clínico, pois primeiro se deve cuidar do que é mais grave para o paciente, do que o deixa mais vulnerável, com maior risco de vida, para, em segundo, cuidar do que é menos prejudicial à vida naquela situação de saúde. A compreensão de como se desenvolve o raciocínio, sua estrutura e seu funcionamento, assim como o conhecimento acerca dos fatores que intervêm nesse processo, tem capacidade para qualificar técnicas de aperfeiçoamentos dessa habilidade e promover a redução de erros de raciocínio que podem resultar em danos relacionados com a assistência à saúde.[14]

Dessa forma, evidencia-se que raciocinar clinicamente é pensar através das especificidades de um paciente, estabelecendo uma decisão qualificada para prevenção, diagnóstico, cuidados e/ou tratamento de um ou mais problemas clínicos. Desse modo, quanto mais preciso for um diagnóstico, mais rapidamente se estabelecem ações preventivas, e o planejamento do uso de recursos terapêuticos se dará de forma mais eficiente. Portanto, o raciocínio clínico é estruturado no conhecimento da clínica, que permite compilar dados para estabelecer o diagnóstico mais preciso, considerando o melhor nível terapêutico e de cuidados para pacientes e familiares. Com isso, demonstra-se que desenvolver o raciocínio clínico possibilita a acurácia necessária para definir diagnósticos e garante tomadas de decisão mais apropriadas sobre as intervenções que devem ser realizadas.[13]

Evidenciou-se que o raciocínio clínico envolve componentes de processamento de informações, por meio dos quais são desencadeados processos de reconhecimento de padrões, julgamento, interpretação, análise, obtenção de resultados e justificativa das decisões tomadas, os quais garantem validade e exatidão científica à assistência de enfermagem. Apontam-se, ainda, alguns fatores que podem interferir no processo do raciocínio clínico, que são os conhecimentos técnico-científicos, as habilidades de pensar/racionar, a experiência clínica, os valores, as crenças e os aspectos relativos ao ambiente de trabalho.[14] Sobretudo, para que o enfermeiro consiga ter esse olhar clínico, é necessária a constante atualização de seus conhecimentos e o aperfeiçoamento de suas habilidades de raciocínio, por meio da interligação da teoria com a prática, além do exercício

da prática baseada em evidências. É indispensável também que, durante o processo de raciocínio clínico, esse profissional seja orientado por conhecimentos científicos, aspectos legais e éticos e pelas necessidades de saúde dos pacientes, deixando de lado as crenças e os valores pessoais, garantindo as tomadas de decisões mais adequadas possíveis.

Destaca-se também que o raciocínio clínico é um importante instrumento de trabalho para o enfermeiro, uma vez que fundamenta o PE e a gestão do cuidado.[15] O enfermeiro que possui a habilidades do raciocínio clínico impacta positivamente na evolução e na recuperação da saúde do paciente, pois se caracteriza como um processo mental com um *continuum* de tomada de decisões, refletido criticamente com o objetivo de alcançar os melhores resultados.[13]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão da qualidade de processos de trabalho das instituições é condição essencial, permitindo que os profissionais consigam identificar as fragilidades e potencialidades no desenvolvimento de suas práticas. As estratégias idealizadas e criadas pela COMPEnf buscam conhecer a operacionalização do PE na prática clínica, reunindo subsídios necessários ao aperfeiçoamento desta prática; então, auditar e assessorar permitem os devidos encaminhamentos que qualificarão o PE. Associadas a estas estratégias, estabeleceram-se discussões clínicas que enriquecem o saber e fazer do enfermeiro. Dessa forma, os estudos de caso clínicos permeiam as etapas do PE e instigam o desenvolvimento do raciocínio clinico, possibilitando aos profissionais caminharem na direção da expertise em avaliações clínicas em suas áreas de atuação.

Por fim, se sustenta e se tem convicção de que não há como estruturar o que se criou no hospital em questão sem pensar de forma até mesmo simultânea a sua criação, as estratégias de aperfeiçoamento e qualificação do modelo de trabalho instituído.

REFERÊNCIAS

1. Silva KR, Lima MDO, Sousa MA. Auditoria: ferramenta de enfermagem para melhoria da qualidade assistencial. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2016; 7 (2): 793-810. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/317409364_Auditoria_ferramenta_de_enfermagem_para_melhoria_da_qualidade_assistencial

2. Segateli TN, Castanheira NA. Atuação do profissional enfermeiro na auditoria em saúde. Revista Saúde e Desenvolvimento. 2015; 7(4): 43-56. Disponível em: https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/viewFile/353/284

3. Morais ER, Gonçalves GL, Amaral MS. Importância das anotações de enfermagem na auditoria: uma revisão bibliográfica. Revista Científica FacMais. 2017 jul; 9(2): 78-93. Disponível em: http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2017/09/4.-IMPORT%C3%82NCIA-DAS-ANOTA%C3%87%C3%95ES-DE-ENFERMAGEM-NA-AUDITORIA-UMA-REVIS%C3%83O-BIBLIOGR%C3%81FICA.pdf

4. Filho IP, Benessiuti MAT. Conformidade no prontuário do paciente: um desafio permanente. RAS. São Paulo. 2013 out.-dez.; 15 (61): 160-168. Disponível em: http://cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=1021

5. Bitencourt JVOV, et al. Implantação e implementação do processo de enfermagem em um hospital escola: experiências exitosas a luz da educação permanente em saúde. In: VENDRUSCOLO C, et al. Educação permanente em saúde de Santa Catarina: entre cenários e práticas. Porto Alegre: Rede Unida: 255-281, 2018.

6. Trindade LR, Ferreira AM, Silveira A, Rocha EN. Processo de Enfermagem: desafios e estratégias para sua implementação sob a ótica de enfermeiros. Santa Maria. 2016 jan.-jun.; 42(1): 75-82. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/viewFile/19805/pdf

7. Góes FSN, et al. Desenvolvimento de casos clínicos para o ensino do raciocínio diagnóstico. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014 jan.-mar.; 16(1):44-51. Disponível em: doi: 10.5216/ree. v16i1.20564

8. Freitas MIP, Carmona EV. Estudo de caso como estratégia de ensino do Processo de Enfermagem e do uso de linguagem padronizada. Rev Bras Enferm. 2011 nov.-dez.; 64(6): 1157-60. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a25.pdf

9. Weber, APT, Firmini, F, Weber, LC. Metodologias Ativas no processo de ensino da enfermagem: revisão integrativa. Revista Saúde Viva Multidisciplinar da AJES, Juína/MT, v. 2, n. 2, jan./dez. 2019.

10. Boghi, C, Shitsuka, DM, Shitsuka, R. Metodologias ativas: um estudo de caso do fenômeno aprender. Educação e Linguagem. 2017 jul.-dez.; 20(2): 143-156. Disponível em: https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/EL/article/view/8701

11. Carvalho EC, Oliveira-Kumakura ARS, Morais SCRV. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017 maio-jun.; 70 (3): 690-6. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0509

12. Inocente L, Wüst C, Castaman AS. A Importância das Estratégias de Ensino Aprendizagem a partir do Uso de Novas Tecnologias. REDIN, [Internet]. 2016 nov; 5(1). Disponível em: https://seer.faccat.br/index.php/redin/article/download/441/365

13. Araújo MAN. Raciocínio clínico do enfermeiro: repercussões na qualidade do cuidado e na segurança do paciente. Rio Grande. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Universidade Federal do Rio Grande; 2016.

14. Dias MM, Ferreira NF. A Teoria da aprendizagem significativa no raciocínio diagnóstico de acadêmicos de graduação em Enfermagem. In: Seminário de Iniciação Científica Fapemig, I., 2019, Itajubá. Anais... Itajubá: FWB, 2019. Disponível em: revista.eewb.phlnet.com.br › ProbicFWB › article › download

15. Quaresma A, Xavier DM, Cezar-Vaz MR. Nurses' clinical reasoning: a Dual Process Theory approach. Rev. Enferm. UERJ. [Internet]. 2019; 27: e37862. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/37862/29477

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)
Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)
Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECO)
Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (ALVF)

SOBRE AS ORGANIZADORAS

Carla Argenta
Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Urgência, Emergência e Trauma pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à saúde) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Pesquisadora e integrante do Grupo de estudos sobre Tecnologias e Práticas do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GETECS), Processo de Enfermagem e Sistema de Linguagem Padronizadas em Enfermagem.

Edlamar Kátia Adamy
Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à saúde) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Pesquisadora e integrante dos grupos de pesquisa Cuidado Humano e Processo Saúde-Adoecimento e do Laboratório de Inovação e Tecnologias para a Gestão do Cuidado e Educação Permanente em Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: Sistematização da Assistência de Enfermagem; Processos de Enfermagem; Tecnologias do cuidado; Formação e Educação em Enfermagem. Foi Diretora de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) Nacional, gestão 2016-2019.

Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt
Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Enfermagem pela Escola Anna Nery da UFRJ. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Membro do Grupo de Pesquisa Laboratório de Pesquisa em Gestão,

Inovação e Tecnologias em Saúde (LABITECS). Membro da Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem de Santa Catarina (COMSISTE). Atua principalmente nos seguintes temas: Processos de Enfermagem; Sistematização da Assistência de Enfermagem; Processo de Ensino aprendizagem e uso de metodologias inovadoras; Gestão e estágio Curricular Supervisionado.

SOBRE AUTORES E AUTORAS

Adrean Scremin Quinto
Enfermeiro, Mestre em Biociências e Saúde pela Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC). Docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ).

Aldair Weber
Enfermeiro, Doutorando em Ciências Médicas pela Universidade de Campinas (UNICAMP).

Amália de Fátima Lucena
Enfermeira, Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo e pós-doutorado na University of Iowa. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Andressa Reginatto Percisi
Enfermeira graduada pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – *Campus* Chapecó.

Ariel Larissa Scolari Teixeira
Acadêmica da 9ª fase do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – *Campus* Chapecó.

Carla Argenta
Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à saúde) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

Daniela de Oliveira Cardozo
Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Especialista Enfermagem em Intensivismo, Emergência e Trauma/Hospital Moinhos de Vento.

Débora Feijó Villas Bôas Vieira
Enfermeira. Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRGS. Especialista Enfermagem em Terapia Intensiva – ABENTI.

Edlamar Kátia Adamy
Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente do Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à saúde) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

Gabriela Vicari
Enfermeira Assistencial do Hospital Unimed Chapecó. Acadêmica do curso de Especialização em Gestão em Saúde pela Universidade do Oeste de Santa Catarina.

Gloriana Frizon
Enfermeira coordenadora da Comissão do Processo de Enfermagem do Hospital Regional do Oeste de Chapecó-SC. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenadora da Residência Uniprofissional de Enfermagem em Urgência e Emergência.

Julia Valeria de Oliveira Vargas Bitencourt
Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *campus* Chapecó.

Kauana Caregnatto
Enfermeira Assistencial do Hospital São Bernardo, Rede São Camilo- Quilombo-SC.

Kely Regina da Luz
Enfermeira do CTI do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Especialista Enfermagem em Terapia Intensiva.

Larissa Jaíne Pinheiro
Enfermeira graduada pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – *Campus* Chapecó.

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas
Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Docente do curso de Graduação e Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Especialista Enfermagem em Terapia Intensiva – ABENTI. Organizadora PROENF – Terapia Intensiva ABEn- ARTMED.

Marcos Barragan da Silva
Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente na Escola de Educação Profissional UNIPACS – Unidade Esteio-RS. Coordenador da Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem (COMSISTE) da ABEN RS.

Miriam de Abreu Almeida
Enfermeira. Doutora em Educação pela Pontífica Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Pós-doutorado na University of Iowa- College of Nursing. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Patrícia Poltronieri
Enfermeira Assistencial do Hospital Regional do Oeste de Chapecó. Especialização em Gestão Estratégica das Organizações de Saúde (em andamento) e Especialização em Urgência e Emergência (em andamento).

Priscila Biffi
Enfermeira do Hospital da UNIMED/ Chapecó-SC. Graduada pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – *Campus* Chapecó.

Suéli Regina Sulzbach
Enfermeira graduada pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

Susane Karine Kerckoff Machado
Enfermeira do Hospital Regional do Oeste de Chapecó-SC. Graduada pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

Taline Bavaresco
Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Docente da Universidade de Caxias do Sul (UCS) e do Centro Universitário da Serra Gaúcha (FSG). Vice-coordenadora da Comissão Permanente de Sistematização da Prática de Enfermagem (COMSISTE) da ABEN RS.

Tania Maria Tacca Zunlowski
Enfermeira Gerente de Enfermagem do Hospital Regional do Oeste de Chapecó. Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ).